Aus der Frauenklinik der Universität Tübingen
Geschäftsführender Direktor: Prof. Dr. H. A. Hirsch

SOZIALE UND SEELISCHE AUFFÄLLIGKEITEN VON KARZINOMPATIENTINNEN

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

der
Medizinischen Fakultät
(Klinische Medizin)
der Eberhard-Karls-Universität
zu Tübingen

vorgelegt von
Erhard Kittel
aus Tübingen

1981

Aus der Frauenklinik der Universität Tübingen
Geschäftsführender Direktor: Prof. Dr. H. A. Hirsch

SOZIALE UND SEELISCHE AUFFÄLLIGKEITEN VON KARZINOMPATIENTINNEN

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

der
Medizinischen Fakultät
(Klinische Medizin)
der Eberhard-Karls-Universität
zu Tübingen

vorgelegt von
Erhard Kittel
aus Tübingen

1981

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Dekan: Prof. Dr. G. Rassner

Berichterstatter: Prof. Dr. S. Kunz

(Prof. Dr. H.A. Hirsch)

W i d m u n g :

Die vorgelegte Arbeit widme ich als Dank

meinen Eltern.

Soziale und seelische Auffälligkeiten von Karzinompatientinnen.

1. 1 Einleitung

Die Anschauung, daß eine körperliche Krankheit ihre Ursache im Seelischen haben kann, ist nicht neu. Bereits Galen stellte die Theorie auf, melancholische Frauen seien erhöht krebsgefährdet. In zahlreichen wissenschaftlichen Untersuchungen der vergangenen Jahre wurden neben rein naturwissenschaftlich objektivierbaren auch schwer erfaßbare Ursachen als Grund für maligne Erkrankungen in Erwägung gezogen.
Aus speziellen Bereichen der psycho-somatischen Forschung ließ sich Beweismaterial für die Auffassung sammeln, daß Krankheiten wie Ulcus duodeni, Morbus Crohn und Colitis ulcerosa durch psychische Faktoren mitverursacht werden können (Mitscherlich 1966, Alexander 1952). Sogar für die Infektionskrankheit Tuberkulose fanden sich prädisponierende Persönlichkeitseigenschaften (Booth 1969, Kissen 1956, Wittkower 1949).
Eine in diesem Zusammenhang interessante Erfahrung zeigt, daß das Collum-Karzinom bei Nonnen und Jüdinnen praktisch nicht auftritt (Gagnon 1950). Faktoren, die dies erklären, könnten sowohl die fehlende Exposition an einen externen Reiz,wie auch diesen Personengruppen eigene oder durch ethnische Regeln bedingte Persönlichkeitseigenschaften sein. In zahlreichen Arbeiten war deshalb das psychologische Vorfeld der an bestimmten Karzinomen erkrankten Patientinnen Gegenstand eingehender Untersuchungen. Ganz

allgemein kann man hierbei in der Vorgeschichte zwischen psychisch belastenden Erlebnissen und somatischen Erkrankungen unterscheiden, wobei eine wechselseitige Bedingung möglich ist.

1. 2 Somatische Risikofaktoren

Beispielhaft seien einige Annahmen von somatischen Risikofaktoren angeführt.

- Eine anamnestisch nachgewiesene Lues-Infektion soll das Risiko, an einem Collum-Karzinom zu erkranken, wesentlich erhöhen (Morris & Meigs 1950, Harding 1952, Wynder et al. 1954).

Verschiedene Methoden der Kontrazeption sollen ebenfalls Bedeutung in der Äthiologie eines Collum-Karzinoms haben. Die in dieser Hinsicht gefährdungsfreie Lebensführung der Nonnen wird betont (Stern & Dixon 1961). Gagnon (1950) fand bei 13 000 Nonnen mit insgesamt 130 malignen Tumoren keinen Fall von Collum-Karzinom.

- Intrapartale, medizinische Betreuung soll das Risiko der Collumlazeration herabsetzen. Falls sie dennoch eintritt, wird sie bei medizinischer Betreuung sachgerecht behandelt. Nach Lombard (1950) haben unbehandelte, intrapartale Collumlazerationen äthiologische Bedeutung für ein späteres Karzinom.

- Lombard & Potter (1950) stellten fest, daß das Risiko, an einem Collum-Karzinom zu erkranken, ganz allgemein in niedrigen sozioökonomischen Schichten erhöht ist. Dies ist möglicherweise auf die unzureichende Hygiene dieser Schichten zurückzuführen.

- Als Grund für die relative Seltenheit des Collum-Karzinoms bei Jüdinnen kommen die strengen, mosaischen postmenstruellen Kohabitationsverbote sowie die Circumzision der Männer in Betracht. (Dorn 1955, Kennaway 1948, Weiner et al. 1951)

- Post-coitale Vaginalduschen mit Steinkohleteer-seifen sollen das Cervix-Karzinomrisiko erhöhen (Lombard 1950, Rent 1972).

Im Anschluß an diese kursorische Aufzählung somatischer Risikofaktoren sollen psychologische Auffälligkeiten in der Anamnese der Frauen, die an einem Collum-Karzinom erkrankten, genannt werden.

1. 3 Psychische Risikofaktoren

Es wurde beobachtet, daß Karzinompatientinnen einheitlich, die Persönlichkeit in hohem Maße beeinflußten Erlebnisse durchgemacht haben, wobei auch das Lebensalter eine Rolle spielt.

1. 3. 1 Auffälligkeiten in der psychosozialen Anamnese

- Sowohl die Stellung in der Geschwisterreihe, als auch der zeitliche Abstand zum nächstjüngeren Kind sollen bedeutsam sein. Dies deshalb, weil sich durch die Geburt eines weiteren Kindes die elterliche Zuwendung auf das Jüngere übertrage. Diese Zusammenhänge finden sich bei Malignompatienten gehäuft. (Le Shan & Reznikoff 1960).
Ausgehend von dieser Erfahrung wurde der Gedanke, daß der kurze Geburtenabstand auch Hinweis auf einen allgemeinen Beziehungsverlust während der Kindheit sein könnte, weiter verfolgt.

- Reznikoff fand in der Kindheit der Patientinnen mit Mamma-Karzinom häufiger als in der krebsfreien

Kontrollgruppe den Tod eines Geschwisters (1955).

- Le Shan & Worthington (1956) berichten, daß Malignom-Patienten sehr oft in ihren ersten sieben Lebensjahren ein emotionales Trauma in Form des Verlustes eines Elternteils oder eines Geschwisters erlebten.

- Zur Untersuchung der Eltern-Kind Beziehung legte Bahnson (1969) Karzinom-Patienten und Patienten einer karzinomfreien Kontrollgruppe einen Fragebogen vor. Der an einem Karzinom erkrankte Patient soll demnach in der Kindheit von Seiten des Elternhauses wesentlich nachlässiger und emotional kälter behandelt worden sein, als dies Eltern normalerweise tun.

- Paloucek, Frank & Graham (1966) berichten, daß in einer Gruppe von Patientinnen mit Collum-Karzinom 36 % in ärmlichen Verhältnissen aufgewachsen sind, wogegen dies bei Patientinnen mit Ovarial- und Corpus-Karzinom nur in 6 % der Fall war.

- Aufgrund einer Untersuchung an Patientinnen mit Mamma-Karzinom, Cervix-Karzinom und karzinomfreien Frauen fanden Wheeler & Caldwell (1955), daß die Väter der an einem Cervix-Karzinom erkrankten Patientinnen im Leben erfolglos waren. Nur 25 % der Patientinnen mit Cervix-Karzinom gaben an, in der Kindheit genügend elterliche Liebe, Aufmerksamkeit und Zuwendung empfangen zu haben. Dies hatten in den beiden anderen Gruppen jedoch immerhin 90 % der Befragten.

- Diese auffälligen Beobachtungen aus der Kinkheit, die im wesentlichen im anglo-amerikanischen Sprachraum zusammengetragen wurden, konnte Baltruch (1969)

jedoch sowohl im deutschen wie im dänischen Sprachraum nicht bestätigt finden. Zwischen Karzinomkranken und gesunden Kontrollpersonen fand er bezüglich der Erlebnisse in der Kindheit keine Unterschiede.

Weitere Befunde, in denen sich Genitalkarzinompatientinnen von gesunden Kontrollpersonen unterscheiden sollen, wurden aufgrund einer Sexualanamnese erhoben. Dabei kommt der postpubertären Phase offensichtlich besondere Bedeutung zu. Übersichtshalber wird im folgenden zwischen vorehelichen, ehelichen und außerehelichem Sexualleben untergliedert.

- Als Ausdruck allgemeiner Anpassungsunfähigkeit sehen Tarlau & Smalheiser (1951) eine frühzeitige sexuelle Aktivität, sowie spätere eheliche Unstimmigkeiten bei Patientinnen mit Collum-Karzinom. Dabei handle es sich um typische Formen der Anpassungsunfähigkeit. Als Kontrollgruppe dienten den Autoren Patientinnen mit Mamma-Karzinom. Diese hatten praktisch keine voreheliche Sexualerfahrung, das durchschnittliche Heiratsalter lag ca. 6 Jahre über dem, der an Collum-Karzinom erkrankten Frauen. Die Ehen der Patientinnen mit Mamma-Karzinom waren zwar nicht unbedingt glücklich, jedoch ohne auffällige eheliche Unstimmigkeiten. Die Autoren leiten hieraus ab, daß sich die Patientinnen mit Collum-Karzinom mehr als die Patientinnen mit Mamma-Karzinom auf einem genitalen Niveau ihrer psychosexuellen Entwicklung befinden.

- Als ein für die Gruppe der Frauen mit Mamma-Karzinom entsprechendes Ergebnis kann eine Untersuchung von Bacon & Rennecker (1952) gewertet werden, welche für diese Patientinnen folgende Auffälligkeiten fanden: Nahezu alle Patientinnen er-

hielten von ihren Eltern keine Sexualaufklärung, 80 % hatten keine vorehelichen Sexualerfahrungen, 12 % waren Virgo. Hinsichtlich der sexuellen Erlebnisfähigkeit zeigte sich: 60 % der Patientinnen waren vollkommen unfähig, sexuell erregt zu werden, weitere 10 % hatten teilweise Erregungsstörungen. Über die Hälfte der Patientinnen hatten weder Kinderwunsch, noch Kinder.

- Paloucek, Frank & Graham, P. (1966) fanden aufgrund von persönlichen Interviews, die Einblick in psycho-soziale Wunschvorstellungen geben sollten, daß bei 24 % von 88 untersuchten Collum-Karzinom-Patientinnen promiskuose Wünsche bestanden, dies jedoch vergleichsweise nur bei 6 % in der Kontrollgruppe.

- Ziel einer Arbeit von Wheeler & Caldwell (1955) war es, die oben zitierten, von Tarlau & Smalheiser (1951) gefundenen Ergebnisse zu überprüfen. Außerdem wollten die zuerst genannten Autoren noch zusätzlich durch die Einbeziehung projektiver Tests Einblick in die Bedeutung von Sexualität für Mamma- und Collum-Karzinom-Patientinnen gewinnen. Bei Gruppen von je 20 Patientinnen mit Collum-Karzinom, Mamma-Karzinom und einer gleich großen Kontrollgruppe fanden die Autoren in der Collum- und Kontrollgruppe je 6 Patientinnen mit vorehelichen und drei weitere mit außerehelichen Sexualerfahrungen. Da dies in der Gruppe der Patientinnen mit Mamma-Karzinom nicht der Fall war, schlossen sie auf Promiskuität als Persönlichkeitseigenschaft bei den Patientinnen der beiden anderen Gruppen. Bei einem Vergleich der Rohrschach Testbögen der verschiedenen Gruppen stellten die Autoren Schwierigkeiten der Patientinnen mit Collum-Karzinom fest, mit angemes-

senen Reaktionen zu antworten. Sie schlossen daraus, daß diese Patientinnen stärker erregbar seien und mehr zur Labilität neigen, als dies von den Patientinnen mit Mamma-Karzinom angenommen werden kann. Außerdem besitzen die Patientinnen mit Collum-Karzinom aufgrund der Rohrschach Testergebnisse in viel ausgeprägterem Maße die Fähigkeit, sich selbst zu akzeptieren und in emotionalen Belastungssituationen wesentlich sicherer instinktiv zu reagieren.

- Falls Promiskuität das Risiko, an einem Collum-Karzinom zu erkranken, erhöhen sollte, wäre demnach die Erkrankungshäufigkeit bei Prostituierten besonders hoch. Dies konnte in umfangreichen Statistiken auch bestätigt werden (Røyel 1953, Pereyra 1961).

1. 3. 2. Persönlichkeitsfaktoren bei Krankheitsausbruch

Während die oben zitierten Autoren über Auffälligkeiten in der psycho-sozialen Anamnese von Karzinom-Patientinnen berichten, die zeitlich mehr oder weniger lange vor dem Krankheitsausbruch liegen, soll im folgenden noch über Auffälligkeiten in der Persönlichkeit zum Zeitpunkt der Diagnose berichtet werden.

- Nach Paloucek, Frank & Graham (1966) sollen Patientinnen mit Collum-Karzinom nicht nur unter materiell ärmlichen Bedingungen eine Heirat eingegangen sein, sondern sie befinden sich auch noch zum Zeitpunkt der Diagnose in diesen Verhältnissen.

- Bei der Auswertung der Karzinomstatistik der Vereinigten Staaten und anderer Länder kamen Le Shan & Worthington (1956) zu dem Ergebnis, daß die Erkrankungshäufigkeit an einem Krazinom allgemein vom familiären Status bei Krankheitsausbruch abhängig ist.

Die Wahrscheinlichkeit an einem Karzinom zu erkranken steigt, in Abhängigkeit vom familiären Status, und zwar in dieser Reihenfolge der Kriterien: Allein lebend, verheiratet, geschieden, verwitwet.

- In der Vorgeschichte von Patienten mit Lungen-Karzinom und Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen fand Kissen (1969) wesentlich häufiger Ereignisse, die die nachfolgende Lebenssituation stark belasteten oder beeinträchtigten. Gehäuft waren interpersonale Beziehungen gestört, im Sinne von Scheidung, Trennung oder Verlust des Partners, unglücklicher Heirat und ähnlichem. Außerdem schienen die Beziehungen zu Eltern, Geschwistern und eigenen Kindern belastet. Allgemeiner ausgedrückt wurde deshalb im Zusammenhang mit der Diagnose "Krebs" nach dem Bild der "gebrochenen Persönlichkeit" des Krebskranken gesucht.

- So berichtete Baltruch (1969), daß in seinen persönlichen Interviews mit Krebskranken nahezu 25 % angaben, das Lebensziel nicht erreicht zu haben. Diese Patienten berichteten besonders häufig, daß sie ein anhaltendes Gefühl von Ausweg- und Sinnlosigkeit des eigenen Daseins spürten, daß sie das Gefühl hatten, hoffnungslos, hilflos und resigniert zu sein, und unter Vereinsamung und Isolation zu leiden.

- In ähnlichem Zusammenhang beschreiben Bahnson (1969) ebenso wie Booth (1969) und Blumberg (1954) folgende Persönlichkeitsentwicklung als typisch für Krebskranke: Von Kindheit an besteht eine gering ausgeprägte Fähigkeit, emotional belastende Situationen in und mit der Umwelt adäquat auszuleben. Wenn bei einer sich unter solchen Bedingungen entwickelten Persönlich-

keitsstruktur ein Objektverlust eintritt, so bedingt dies als Reaktionsmechanismus Regression, die sich als Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit und Depression äußert.

- In einer Versuchssituation, in der Karzinom-Patientinnen unspezifischen Frustrationserlebnissen ausgesetzt waren, fand Bahnson (1969), daß diese Patientinnen nicht fähig waren, Empfindungen wie Angst, Depression, Feindseeligkeit und Schuld auf angebotene Objekte adäquat zu projezieren. Der Autor folgerte daraus, daß sowohl depressive Reaktionsweisen wie auch repressive Ego-Verteidigungsmechanismen charakteristische Persönlichkeitsmerkmale dieser Patientinnen sind.

- Nach Auswertung von Rohrschach Testbögen beschrieb Booth (1969) folgende Persönlichkeitsstruktur für den an Krebs Erkrankten: Er sei von dem Anspruch beherrscht, einseitige Kontrolle über von ihm erwählte Objekte auszuüben. Booth sieht dabei die Karzinom- Persönlichkeit in Abhängigkeit von der Macht, die sie über erwählte Objekte ausübt. Erleidet eine solche Persönlichkeit aber den Verlust des erwählten Objekts, so verliert sie auch die Hoffnung, das bisherige Leben weiterzuführen und verfällt der Verzweiflung.

- Hoffnungslosigkeit als dominierenden Zustand fanden Paloucek, Frank & Graham, P. (1966) bei 17 % ihrer an Collum-Karzinom erkrankten Patientinnen.

- Bei der Testuntersuchung von 50 unausgewählten Karzinom-Patienten mit dem "MMPI", erhielt Blumberg (1954) auf den Skalen Angst und Depresivität signifikant erhöhte Werte.

- Um die Bedeutung dieses Hoffnungslosigkeits-potentials abzuschätzen, führten Schmale & Iker (1966) bei 50 Patientinnen, die wegen verdächtiger Cervikal-Zytologie stationär aufgenommen wurden, persönliche Interviews durch und legten ihnen das "MMPI" zur Beantwortung vor. Durch diese beiden Parameter gelang es ihnen, in 8 von 14 Fällen ein Karzinom vorherzusagen und in 23 von 26 Fällen ein Karzinom auszuschließen. Als Kriterien für die Verdachtsdiagnose dienten ihnen hierbei Äußerungen der Versuchspersonen, die auf Gefühle von Hoffnungslosigkeit, Sinnlosigkeit des eigenen Lebens, Selbstaufopferung und Schuld an der eigenen depressiven Verstimmung schließen ließen.

- Eine Zweiterkrankung an einem Karzinom soll nach Biéder (1970) bei Patienten, die wegen einer endogenen Depression hospitalisiert sind, gehäuft vorkommen.

Le Shan & Worthington (1956) glauben, aufgrund ihrer eigenen Befunde ein allgemeineres Muster der Entstehung einer "Karzinompersönlichkeit" gefunden zu haben. Sie stellten fest, daß 77 % ihrer Karzinompatienten den Verlust einer wichtigen Beziehungsperson 6 Monate bis 8 Jahre vor Krankheitsausbruch erlitten haben. Die Entstehung einer Karzinom-Persönlichkeit leiten die Autoren durch folgende Beobachtungen an denselben Patienten ab:

1. Die Unfähigkeit feindselige Gefühle gegenüber der Umwelt auszuleben, gleichzeitig aber eine Fassade von Güte, Ausgewogenheit und Freundlichkeit an den Tag zu legen, und

2. bereits in den ersten 7 Lebensjahren eine wichtige Bezugsperson verloren zu haben.

Den Verlust einer wichtigen Beziehungsperson während der ersten 7 Lebensjahre bezieht das Kind demnach auf ein oder beide Elternteile. Ihm oder Ihnen gegenüber entwickelt es feindselige Gefühle, kann diesen aber aus verschiedenen Gründen nicht Ausdruck geben. Diese Gefühle müssen deshalb unterdrückt werden und ein großer Teil von Ihnen wird als Selbsthaß und Schuld nach innen gekehrt. Von dieser Erfahrung ausgehend wird eine enge persönliche Beziehung, die Wärme geben soll, später dann nur sehr vorsichtig und mit vielfältigen Sicherheitsvorkehrungen aufgebaut. Diese Beziehung wird dann zum Mittelpunkt des Lebens, andere Beziehungen sind nebensächlich. Tritt dann aber der Verlust dieser Beziehungsperson ein, so werden Selbsthaß und Schuldgefühle erneut mobilisiert und richten sich mit aller Kraft gegen das Ich. Diese psychodynamische Muster glauben die Autoen bei 62 % ihrer Karzinompatienten und bei 10 % der Patienten ihrer Kontrollgruppe beobachtet zu haben.

Die aufgeführten Arbeiten beziehen sich auf Auffälligkeiten von Karzinompatienten im sozialen Feld. Übersichtshalber seien diese nochmals im wesentlichen nach Lebensabschnitten geordnet, zusammengestellt.

Tabelle 1:

1. Stellung in der Kinderreihe.
2. a) Milieu des Elternhauses
   b) Verlust einer wichtigen Beziehungsperson in den ersten 7 Lebensjahren.
3. Sexualität
   a) voreheliche
   b) eheliche

4. Ökonomischer Status bei und nach der Heirat.
5. Enttäuschung durch oder Verlust von einer wichtigen Beziehungsperson im Erwachsenenalter vor Ausbruch des Karzinoms.

Abgesehen von einer hereditären Belastung können als somatische Risikofaktoren für eine spätere Karzinomerkrankung angesehen werden:

1. Häufung venerischer Erkrankungen bei späteren Karzinompatienten.
2. Geburtenzahl
3. Medizinisch-geburtshilfliche Betreuung intrapartal.

Zusätzlich zur Erhebung von Daten über eine Person mittels der direkten Befragung, können diese auch mit Persönlichkeitsfragebögen erhoben werden. Mit diesen Fragebögen wird nach Wesenszügen gesucht, die nach Guilford (1965) folgendermaßen definierbar sind: Wesenszüge sind abstrahierbar und relativ konstant, sie machen den Unterschied von Person zu Person.

Zwei Aspekte sind an dieser Definition hervorzuheben:

1. Sind Wesenszüge abstrahierbar und relativ konstant, so müßten diese bereits vor Krankheitsausbruch vorhanden sein.

2. Möglicherweise machen diese Wesenszüge nicht nur den Unterschied von Person zu Person aus, sondern sie grenzen,in bestimmter Konstellation, Karzinomgruppen auch von gesunden Vergleichspersonen ab.

Um diese Wesenszüge aufzufinden, wurden nun Testbögen, insbesondere von Eysenck (ab 1950) konstruiert, welche

geeignet sein sollten, Persönlichkeit mittels zweier Hauptfaktoren zu definieren und durch die Ladung jedes einzelnen Faktors den Standort der Persönlichkeit in der Gesamtpopulation zu bestimmen.

Einer dieser Fragebögen, das MMPI, wurde als Meßinstrument verschiedenen klinischen Gruppen, so auch Karzinompatienten, vorgelegt.

- 300 Lungen-Karzimom-Patienten wurden 1969 von Kissen mit diesem Fragebogen untersucht, wobei niedrige Neurotizismus-Werte charakteristisch für diese Patienten waren. Ein hoher Neurotizismus-Wert ist aber Ausdruck von emotionaler Labilität und Übererregbarkeit, sowie der Bereitschaft, unter Stress mit Nervenzusammenbruch zu reagieren. Daraus schließt der Autor, daß diese Patienten nur schwach ausgebildete emotionale Ventile besitzen.

- Eine ähnliche Unfähigkeit, sich eines wirkungsvollen Ventils für psychische Energien zu bedienen, wurde auch von Ivanz (1959) gefunden (ebenso Bacon 1959).

- Cobb bestätigte (1959) diese Regressionsbereitschaft von Krebspatienten unter Streß.

- Hagnell (1966) berichtete über eine prospektive Studie in Schweden bei 2550 Personen. Bei diesem Personenkreis wurde unter anderem der Skalenwert des Faktors Substabilität zunächst 1947, dann nochmals 1957 in der Sjöbring-Skala bestimmt. Bei der Nachuntersuchung ergab sich, daß die Patientinnen, die einen hohen Skalenwert im Faktor Substabilität zeigten, gleichzeitig einer erhöhten Karzinom-Morbidität unterworfen waren. Dieser Faktor Substabilität kann beschrieben werden mit Eigenschaften wie: warm, herzlich, konkret, sozial usw., wobei

Hagnell meint, dieser Faktor korreliere positiv mit dem Extraversionsfaktor, den Eysenck in seinem MPI verwendet.

- Coppen und Metclaff (1963) fanden im MPI-Test von 47 Karzinomkranken erhöhte Extraversionswerte bei normalen Neurotizismuswerten.

Nach Eysenck sind Zigarettenraucher allgemein eine significant extravertierte Gruppe bei normalen Neurotizismuswerten. Lungen-Karzinompatienten dagegen weisen erniedrigte Neurotizismuswerte bei einer Tendenz zur Extraversion auf. Kissen (1969) zieht daraus den Schluss, daß Patienten mit Lungen-Karzinom nicht eine zufällige Auswahl sondern eine spezielle Gruppe der Zigarettenraucher darstellen.

2. Hypothesen

Aus den angeführten Arbeiten, welche in verschiedenen Lebensbereichen Karzinompatienten von der übrigen Bevölkerung durch bestimmte Persönlichkeitseigenschaften oder besondere Erlebnisse abgrenzen, wurden in der vorgelegten Untersuchung folgende Arbeitshypothesen abgeleitet:

2. 1. Das aktuelle durch Fragebögen erfaßbare Persönlichkeitsbild unterscheidet Karzinomkranke von nicht Karzinomkranken.

2. 2. Seelische Bindungen zu wichtigen Beziehungspersonen oder Gruppen unterscheiden Karzinomkranke von nicht Karzinomkranken.

2. 3. Die Zukunftserwartungen der Karzinompatienten unterscheiden sich von denen der nicht an einem Karzinom Erkrankten.

2. 4. Karzinomkranke hatten in ihrem Leben überzufällig häufig gleiche oder ähnliche Erlebnisse im psychosozialen Bereich, die sie von nicht Karzinomkranken unterscheiden.

2. 5. Venerische Vorerkrankungen erhöhen das Karzinomrisiko.

Als Nullhypothese gilt für alle 5 Arbeitshypothesen, daß zwischen Karzinomkranken und nicht Karzinomkranken keine Unterschiede feststellbar sind.

3. Material

3. 1. Auswahl:

Versuchspersonen waren 60 Patientinnen der Universitäts-Frauenklinik Tübingen. Die Versuchspersonen wurden aufgrund ihres Krankheitsbildes in 3 Gruppen zu je 20 Patientinnen eingeteilt.

Gruppe 1: Collum-Karzinom-Patientinnen der klinischen Stadien 1-3.

Gruppe 2: Ovarial-Karzinom-Patientinnen in allen 4 klinischen Stadien.

Gruppe 3: Kontrollgruppe. Es handelte sich um Patientinnen mit unterschiedlichen, gutartigen, gynäkologischen Erkrankungen, die sich wegen operativer Behandlung in stationärer Pflege befanden.

3. 2. Begründung:

Die Zusammenstellung der einzelnen Gruppen ergab sich aus folgenden Überlegungen:
Gruppe 1 setzt sich aus Patientinnen des Karzinomleidens zusammen, welches wie in der Einleitung bereits erwähnt, schon mehrfach und in verschiedenen Aspekten untersucht wurde. Diese Gruppe stellt somit eine gute Vergleichsmöglichkeit zu den Ergebnissen anderer Untersucher dar.

Gruppe 2 sollte mit solchen Patientinnen gebildet werden, die ebenfalls eine karzinomatöse Erkrankung der primären Geschlechtsorgane aufweisen. Da von den eingangs zitierten Autoren teilweise die Genese des Cervix-Karzinoms auf chronische Irritation der Cervixschleimhaut zurückgeführt wurde, bot sich zum Vergleich das Ovarial-Karzinom an, da das Ovar chemischen, physikalischen und mechanischen Noxen nicht in gleicher Weise wie die Cervix ausgesetzt ist. Patientinnen mit Karzinom des Korpus-Uteri wurden

nicht untersucht, um altersmäßig vergleichbare Gruppen zu erhalten.

Gruppe 3 setzt sich zusammen aus Patientinnen mit unterschiedlichen Erkrankungen der primären Geschlechtsorgane. Alle Patientinnen der Kontrollgruppe benötigten operative Bahandlung. Diese Auswahl wurde getroffen, weil auch alle Karzinom-Patientinnen entweder bestrahlt oder operativ behandelt wurden. Um altersmäßige Vergleichbarkeit zu erhalten, wurde eine gewisse Auswahl getroffen. Alle Patientinnen wurden während des stationären Aufenthalts untersucht.

Andere Einschränkungen als die oben genannten wurden nicht vorgenommen.

Alle Patientinnen lagen in der allgemeinen Pflegeklasse, so daß grobe Unterschiede bezüglich der sozio-ökonomischen Klassenzugehörigkeit nicht angenommen werden müssen.

Alle zur Erhebung der Befunde notwendigen Materialsammlungen wurden vom Untersucher persönlich und in gleicher Weise vorgenommen.

Der Einfluß unabhängiger Variablen dürfte hiermit über alle Gruppen vergleichbar sein.

Anzumerken wäre, daß die Kontrollgruppe keineswegs repräsentativ für die Bevölkerung sein kann, sondern nur eine Stichprobe aus dem gynäkologischen operativen Krankengut darstellt.

Tabelle 3

Altersverteilung:

	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
jüngste Patientin	27	22	35
älteste Patientin	73	66	66
Durchschnittsalter	48,45	48,55	47,70
Varianz	11,52	11,60	7,38

Tabelle 4

Klinisches Stadium bei Gruppe 1 (Collum-Karzinompat.)

Stadium	I	II	III	
Zahl der Patientinnen	7	11	2	n=20

Tabelle 5

Klinisches Stadium bei Gruppe 2 (Ovarial-Karzinompat.)

Stadium	I	II	III	IV	
Zahl der Patientinnen	2	5	9	4	n=20

Tabelle 6

Klinische Diagnose bei Gruppe 3 (Kontroll-Gruppe)

Uterus myomatosus	8	CK-Polyp	1
Descensus ut. & vag.	6	Endometrieller Polyp.	1
Ovarialzysten bds.	1	Postmen. Dauerbl.	1
Portioerosion	1	Praemenop.Syn.+ Bl.	1

4. Methode:

Zur Überprüfung der Arbeitshypothesen wurden folgende Meßinstrumente verwendet:

4. 1. 1. Jeder Patientin wurde das MMQ und das MPI (siehe Begründung der Meßinstrumente) zur Bestimmung der Persönlichkeitsfaktoren "neurotische Tendenz" und "Extraversion" vorgelegt.

4. 1. 2. Jeder Patientin wurde eine modifizierte Form des sementischen Differentials nach Osgood (siehe Begründung der Meßinstrumente) mit der Vorgabe der Begriffe

1. mein mir ähnlichstes Kind
2. mein Mann
3. meine Familie
4. meine Zukunft

vorgelegt.

4. 1. 3. Mit jeder Versuchsperson wurde ein klinisches Interview von ca. 1 1/2 bis 2 1/2 Stunden Dauer durchgeführt, es wurde durch Tonbandaufzeichnungen festgehalten.

Themen des Interviews waren:

1. Eigene Kinkheit
2. Eigene Kinder
3. Familienleben
4. Zukunftserwartung
5. Bekanntenkreis
6. Mögliche Erkrankungsursache
7. Voreheliche und eheliche Sexualität

4. 1. 4. Personalbogen

In einem Personalbogen für jede Patientin wurden folgende Daten erfaßt:

Name, Vorname, Geburtsdatum, Krankheit (in den Versuchsgruppen mit Stadium), Kinderzahl, Subjektives Krankheitsgefühl, Heiratsalter, Lebensalter zum

Zeitpunkt der ersten Kohabitation, venerische Erkrankungen.

4. 2. Begründung der Auswahl der Meßinstrumente

4. 2. 1. Das MMQ wurde vorwiegend zur Bestimmung der neurotischen Tendenz entworfen und hat sich wiederholt und mit gleichbleibender Stabilität hauptsächlich im angelsächsischen Sprachraum bewährt (Eysenck 1964, 1947, 1952, 1953, 1953). Es zeigte sich, daß in der Bevölkerung mehr neurotische von weniger neurotischen Personen unterschieden werden können.

In die Liste mit 56 Fragen sind 18 Fragen einer sogenannten Lügenliste eingebaut. Diese, von Hathaway & Mc Kinley (1940) übernommen und adaptiert, soll zur Aufdeckung von (Dis)-Simulationen dienen. Der Test wird als Screening-Verfahren zur Auslese potentieller und aktueller Neurotiker empfohlen.

4. 2. 2. Die faktorenanalytische Bearbeitung verschiedener Fragebögen wie MMPI (Kasselbaum 1959), des Gough California Personality Inventory (Mitchell und Pierce (1960) und Jones et. al. (1958) Nichols und Schnell (1963), sowie des Bedürfniskatalogs von Murray (Stern 1962) führte jeweils zu Faktoren, die mit den von Guilford, Catell und Eysenck gefundenen Interkorrelationen von Verhaltenszügen weitgehend übereinstimmen. Das hieraus entwickelte Persönlichkeitsmodell dient dazu, Persönlichkeit mittels zweier Dimensionen exakt zu definieren. Zur Messung dieser beiden Persönlichkeitsdiemensionen wurde das MPI konstruiert. Die Skalenposition jeder Versuchsperson bezüglich neurotischer Tendenz und Intraversion/Extraversion kann hiermit bestimmt werden.

Zahlreiche Untersuchungen wurden mit diesem Meßinstrument bereits durchgeführt, so daß die hier untersuchten Gruppen ausgezeichnet mit den in der Literatur beschriebenen Befunden verglichen werden können.

Die Fragebögen MMQ Und MPI werden zur Überprüfung der Arbeitshypothese 1 eingesetzt.

4. 2. 3. Das semantische Differential (Osgood 1957) stellt eine Methode dar, bei der Namen, Personen oder Begriffe bezüglich einer Reihe von Gegensatzpaaren ("Polaritäten") beurteilt werden.

Wird zum Beispiel eine siebenstufige Skala zwischen den Adjektiven "stark" und "schwach" vorgegeben, und läßt man an Hand dieser Skala einen bestimmten Begriff oder eine Person von Versuchspersonen verschiedener Gruppen beurteilen, dann konzentrieren sich die Urteile um einen Mittelwert. Läßt man verschiedene Begriffe mit verschiedenen Adjektivpaaren (K = 17) an Hand der siebenstufigen Skala beurteilen, so läßt sich das Ausmaß bestimmen, in welchem sich die verschiedenen Begriffe untereinander ähneln (Hofstätter 1971).

Eine begrenzte Zahl solcher Skalen, in der vorgelegten Untersuchung k = 17, können benützt werden, einen semantischen Raum zu definieren, innerhalb dessen die Bedeutung des vorgelegten Begriffes spezifiziert wird. Durch die Versuchspersonen wird die Zuordnung eines Konzepts über diesen Begriff in ein Standard-System von beschreibenden Skalen vorgenommen. Sie weist in die Richtung ihrer Assoziationen und deren Intensität durch die Bezeichnung eines Wertes auf der Skala.Die Verteilung der Urteile auf einer standartisierten Reihe solcher Skalen dient zur Definition des bei der Person angenommenen Konzepts; die Mittelwerte einer Gruppe

dienen zur Definition des angenommenen Basiskonzepts der Gruppe und ermöglichen die Unterscheidung zu anderen Gruppen (Osgood 1957).

In der vorliegenden Untersuchung wurden allen Patientinnen zur Überprüfung der Hypothesen 2 und 3 die im Methodikabschnitt angegebenen Begriffe vorgelegt. Aufgabe der Patientinnen war, bei jedem polaren Adjektivpaar dieser Begriffe den Wert zuzuordnen der am ehesten ihren Assoziationen entsprach.

Das semantische Differential wird als neutrales Meßinstrument eingesetzt, um Meinungen, Erwartungen, Assoziationen und Einschätzungen verschiedener Gruppen zu erhalten, über enge Beziehungspersonen, Bedeutung der Familie und das Bild der persönlichen Zukunft. Neutral soll hierbei hervorgehoben werden, da durch das benützte Verfahren vergleichbare, unmißverständliche Information in kurz gefaßter, auch mathematisch-statistisch erfaßbarer Form gewonnen werden kann. Der Einfluß unabhängiger Variablen dürfte somit über alle Versuchspersonen gleich verteilt sein.

Anzumerken ist, daß eine klinische Anwendung des semantischen Differentials dieser Form im deutschen Sprachraum noch nicht durchgeführt wurde.

4. 2. 4. Analog einer klinischen Anamnese, bei der nach Gesichtspunkten gesucht wird, die einen somatischen Krankheitsprozess einsichtbar machen, wurde in der vorliegenden Untersuchung bestimmten Erlebnisbereichen im psycho-sozialen Feld einer Patientin besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Da verschiedenartige Informationen zu erwarten waren und gleichzeitig nicht auf ein objektives Testverfahren zurückgegriffen werden konnte, mußte

dieser Teil der Untersuchung in einem persönlichen, klinischen Interview durchgeführt werden. Um diese Informationen annähernd vergleichbar machen zu können, wurden allen Patientinnen dieselben Fragen gestellt (siehe Anhang). Mit der Tonbandaufnahme des Interviews waren alle Patientinnen einverstanden.

Die gewonnenen Ergebnisse scheinen zur Überprüfung von Hypothese 4 geeignet.

4. 2. 5. Zur Überprüfung von Hypothese 5 wurde der Befund des behandelnden Arztes herangezogen.

5. Ergebnisse

5. 1. MMQ und MPI

Die Auswertung der MMQ und MPI Befunde wurde mittels der von Eysenck (1964) gegebenen Anleitung vorgenommen.

Die "Neurotizismus-", "Lügen-" und "Introversion/ Extraversionswerte" jeder Patientin wurden auf Lochkarten (Fortran) übertragen und maschinell ausgewertet.

Die 3 Stichproben (Patientinnengruppen) wurden in allen 3 Parametern statistisch durch den Kruskal-Wallis-Test verglichen (Sidney-Sigel, Mittenecker, Claus-Ebner).

Der Kruskal-Wallis-Test wurde ausgewählt, da es sich um 1. Ordinalskalenniveau, 2. unbekannte Verteilungsform der Variablen und 3. k = 3 Stichproben handelt.

Es ergaben sich folgende Werte:

MMQ 'Neurotizismus'

	Mittelwert	$\bar{s}$
Gr. d. Pat. m. Col.-Ka.	14,00	5,79
Gr. d. Pat. m. Ov.-Ka.	12,95	6,48
Pat. d. Kontrollgruppe	14,40	6,56

Statistische Überprüfung:

p_{Ver} = 56,141 %, daraus folgt:

Die Nullhypothese wird angenommen, die 3 Stichproben stimmen miteinander überein.

MMQ 'Lügenwert'

	Mittelwert	$\bar{s}$
Collumpatientinnen	11,55	2,84
Ovarialpatientinnen	12,00	3,49
Kontrollgruppe	12,00	2,05

Statistische Überprüfung:

p_{Ver} = 19,477 %, daraus folgt:

Die Nullhypothese wird angenommen, die 3 Stichproben stimmen miteinander überein.

MPI 'Neurotizismus'

	Mittelwert	$\bar{s}$
Collumpatientinnen	19,35	10,89
Ovarialpaitentinnen	22,10	9,32
Kontrollgruppe	23,25	10,00

Statistische Überprüfung:

p_{Ver} = 56,141 %, daraus folgt:

Die Nullhypothese wird angenommen, die 3 Stichproben stimmen miteinander überein.

MPI 'Introversion/Extraversion'

	Mittelwert	$\bar{s}$
Collumpatientinnen	23,55	6,33
Ovarialpatientinnen	24,10	8,58
Kontrollgruppe	23,00	7,96

Statistische Überprüfung:

p_{Ver} = 28,994 %, daraus folgt:

Die Nullhypothese wird angenommen, die 3 Stichproben stimmen miteinander überein.

- zu MMQ N-Wert:

Als "schwerwiegend abnorm" konnten nur die Testergebnisse je einer Patientin aus der Collum- und der Kontrollgruppe gewertet werden.

- zu MMQ L-Wert:

Aus den Lügenwerten des MMQ ergab sich, daß alle Fragebogenergebnisse zweifelhaft im Sinne einer Simulation waren.

Als uninterpretierbar hätten in der Gruppe der Collum-Karzinom-Patientinnen 7, in der Gruppe der Ovarial-Karzinom-Patientinnen 9, und in der Kontrollgruppe ebenfalls 9 Fragebögen gewertet werden müssen.

- zu MPI Neurotizismuswert:

Die Patientinnen waren in allen 3 Gruppen einer Stichprobe (N=1800) normaler Engländer vergleichbar.

Als sicher pathologisch (Skalenwert N=30) fanden sich nach Eysenck in der Gruppe der Collum-Karzinom-Patientinnen 3, in der Gruppe der Ovarial-Karzinom-Patientinnen 5 und in der Kontrollgruppe 7 Patientinnen.

- zu MPI Introversion/Extraversion

Alle 3 Gruppen ergaben im Durschnitt geringfügig (1,5 Punktewert) introvertiertere Werte als bei normalen Engländern.

Teilt man dabei die Punktwerte nach willkürlichen Klassen ein, so ergibt sich:

Punktwerte	0-10	11-20	21-30	mehr als 30
Gr.d.Pat. m. Col.Ka.	0	9	9	2
Gr.d.Pat. m. Ov.Ka.	1	4	12	3
Pat. d. Kontr.Gr.	1	8	8	3

Anzufügen wäre, daß auch nach den Untersuchungen von Eysenck normale Engländer, Hysteriker, Delinquenten und Psychosomatiker vergleichbare ($\pm$ 0,6) Punktwerte auf dem E-score aufweisen.

- Aus den MPI- und MMQ-Neurotizismuswerten zusammen war zu ersehen, daß je eine Patientin aus der Gruppe mit Collum-Karzinom, - mit Ovarial-Karzinom und aus der Kontrollgruppe als schwerwiegend abnorm gewertet werden müßte (MMQ N = 27, MPI N = 30 oder darüber).

- Von den 15 Patientinnen deren MPI Neurotizismuswert mehr als 30 Punkte aufwies, waren nach dem MMQ normal = 2 Patientinnen, zweifelhaft normal = 9 Patientinnen, Abnorm = 1 Patientin, schwerwiegend abnorm = 3 Patientinnen.

- Trotz dieser differenzierteren Aufschlüsselung aller Ergebnisse (von Eysenck nicht angegeben), waren durch MPI und MMQ Fragebögen zwischen den Gruppen keine Unterschiede nachzuweisen.

Zusammenfassung:

Aus dem Neurotizismus, Lügenwert und Extra/Introversionsbefunden von MPI und MMQ ergaben sich zwischen den Gruppen keine interpretierbaren Unterschiede.

Die Mittelwerte der 3 Gruppen sind denen normaler Engländer vergleichbar.

MPI- und MMQ-N-Wert sind nur bedingt miteinander vergleichbar.

Die gefundenen Werte in der Intro/Extraversionsskala entsprechen den von Eysenck gefundenen Werten bei Hysterikern,Delinquenten und Psychosomatikern wie aber auch normalen Engländern.

5. 2. Semantisches Differential

Die Antwortbögen des semantischen Differentials wurden in gleicher Form jeder Patientin vorgelegt. Die Versuchanleitung lautete s nngemäß: Bitte versuchen Sie den oben genannten Begriff aus den Adjektivpaaren gefühlsmäßig einem der vorgegebenen Werte zuzuordnen. Markieren Sie bitte diesen Wert mit einem Kreuz. Die angegebenen Spaltenzahlen sollen diese Eigenschaft abstufen, wobei sinngemäß '1' = wenig ausgeprägt, '2' = durchschnittlich ausgeprägt und '3' = stark ausgeprägt bedeuten sollen. Nur wenn Sie absolut keine Beziehung zwischen Begriff und Eigenschaft sehen, können sie sich für die Spaltenzahl 0 entscheiden.

Einigen Patientinnen war es nicht möglich, die Antwortbögen auszufüllen, da sie weder verheiratet waren, noch Kinder hatten oder ähnliches.

Die Antwortbögen wurden auf Fortran Lochkartensystem übertragen.

5. 2. 1. Statistische Prüfung

Die statistische Prüfung auf signifikante Unterschiede, wurde mit der Varianzanalyse durchgeführt.

Ergebnis:

Es fanden sich bei allen 4 Begriffen keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den 3 Gruppen bei einem angenommenen Signifikanzniveau a = oder kleiner 0,05.

5. 2. 2. Deskriptive Auswertung

Da eine statistische Sicherung möglicher Unterschiede bei dem angegebenen Signifikanzniveau nicht gelang, wurde, um eventuell sich abzeichnende Tendenzen bei den Gruppen aufzufinden, eine deskriptive Auswertung angeschlossen.

dazu wurden zwei Methoden der Mittelwertsvergleiche herangezogen.

5. 2. 2. 1. Mittelwertsvergleich

Der im Vergleich zu den anderen Gruppen betragsmäßig größte Wert innerhalb eines Adjektivpaares wurde für jeden Begriff, getrennt nach Gruppen, aufgelistet. Minimale Unterschiede zwischen den Gruppen ebenso wie die jeweilige Varianz fanden in dieser Auflistung keine Berücksichtigung. Daraus würden sich für jeden Begriff theoretisch 34 Extremwerte ergeben, welche sich auf die 3 Gruppen verteilen. Diese 34 Eigenschaften reduzieren sich verständlicherweise auf eine geringere Zahl, da Adjektive wie schlecht, traurig, schwach usw. nur von wenigen Patientinnen angekreuzt wurden. Deren Einfluß auf die Mittelwerte ist somit gering. Deshalb erscheint innerhalb einer Polarität häufig nur ein Mittelwert.

Sinn dieser Methode war es, im Vergleich zu den anderen Gruppen:

5. 2. 2. 1. A Die Bedeutung eines Begriffes für die Gruppe herauszuarbeiten.

B Herauszufinden, ob innerhalb einer Gruppe bestimmte Adjektive generell bevorzugt werden.

Die Ergebnisse könnten Hinweise auf übergeordnete Vorstellung- und Einschätzungstendenzen der Patientinnen geben.

5. 2. 2. 2. Pearsonscher Korrelationskoeffizient

Für jeden Begriff wurde der Pearsonsche Korrelationskoeffizient der Adjektive zueinander, getrennt nach Gruppen berechnet. In der graphischen Darstellung, bei der alle Korrelationen r=oder größer 0,65 berücksichtigt wurden, erscheinen somit möglicherweise für jede Gruppe bedeutsame Korrelations- und Assoziationsmuster.

r = oder größer 0,65 wurde deshalb ausgewählt, da ab diesem Wert eine enge Korrelation angenommen werden kann.

5. 2. 3. Ergebnisse der deskriptiven Auswertung

5. 2. 3. 1. Mittelwertsvergleich an Hand der Extremwerte.

A - Für den Begriff, mein mir ähnlichstes Kind, erhielten folgende Adjektive die größten Mittelwerte (Extremwerte):

Gruppe d. Pat. mit Col.-Ka.	Gruppe d . Pat. mit Ov.-Ka.	Pat. der Kontr. Gr.
weiblich heiter frisch	mild, aktiv, ruhig, warm offen, weich, zuversichtlich, fortschrittlich, schnell, gut, sanft, unter- würfig, geord.	stark, reizbar, männlich, herrisch
$n_c = 3$	$n_o = 13$	$n_k = 4$

N = 20

davon gegensätzlich:

0	1	2

- Für den Begriff, meine Familie, erhielten folgende Adjektive die größten Mittelwerte (Extremwerte):

Gruppe d. Pat. mit Col.-Ka.	Gruppe d. Pat. mit Ov.-Ka.	Pat. der Kontr. Gr.
weiblich zuversichtlich	stark, mild, ruhig, warm, offen, weich, fortschr.,gut, sanft, unterw.,	aktiv schnell

Gruppe d. Pat. mit Col.-Ka.	Gruppe d. Pat. mit Ov.-Ka.	Pat. der Kontr. Gr.
	geordnet, heiter, frisch	
$n_c = 2$	$n_o = 13$	$n_k = 2$ N = 17
davon gegensätzlich		
Ø		

- Für den Begriff, mein Mann, erhielten folgende Adjektive die größten Mittelwerte (Extremwerte):

Gruppe d. Pat. mit Col-Ka.	Gruppe d. Pat. mit Ov.-Ka.	Pat. der Kontr. Gr.
mild, ruhig, zuversichtl., unterwürfig	warm, offen, weich, fortschrittlich, schnell, gut sanft, geordn. heiter, frisch	stark, streng, aktiv, reizbar, männlich, herrisch
$n_c = 4$	$n_o = 10$	$n_k = 6$ N = 20
davon gegensätzlich:		
	0	0

- Für den Begriff, meine Zukunft, erhielten folgende Adjektive die größten Mittelwerte (Extremwerte):

Gruppe d. Pat. mit Col.-Ka.	Gruppe d. Pat. mit Ov.-Ka.	Pat. der Kontr. Gr.
aktiv, warm, schnell, gut, unterw., geordn., heiter, frisch	stark, zuvers., mild, fortschr., ruhig, langsam, weibl., sanft,	schnell

Gruppe d. Pat. mit Col.-Ka.	Gruppe d. Pat. mit Ov.-Ka.	Pat. der Kontr. Gr.
	offen, heiter, weich	
$n_c = 8$	$n_o = 11$	$n_k = 1$ N = 20
davon gegensätzlich:		
0	1	0

B - Summe der angeführten Adjektive aller 4 Begriffe zusammen:

Gruppe d. Pat. mit Col.-Ka.	Gruppe d. Pat. mit Ov.-Ka.	Pat. der Kontr. Gr.
n = 17	n = 47	n = 13
davon gegensätzlich:		
3	2	2

- Liste der Extremwert, geordnet nach Adjektiven und Gruppen:

	Gr.d.Pat. m.Col.-Ka.		Gr.d.Pat. m.Ov.-Ka.		Pat.d. Kontr.Gr.
stark	0		2	-4-	2
streng (gegens.)					1
mild	1	-4-	3		0
aktiv	1		1		2
reizbar (gegens.)					2
ruhig	1	-4-	3		0
warm	1	-4-	3		0
männl. (gegens.)					2
weiblich	2		1		
offen	0		4		0
weich	0		4		0
zuversichtlich	2	-4-	2		0
fortschrittlich	0		4		0
langsam	0		1		0
schnell	1		2		2

	Gr.d.Pat. m.Col.-Ka.		Gr.d.Pat. m.Ov.-Ka.	Pat.d. Kontr.Gr.
gut	1	-4-	3	0
sanft	0		4	0
unterwürfig	2	-4-	2	0
herrisch (genges.)	0		0	2
geordnet	1	-4-	3	0
heiter	2	-4-	2	0
frisch	2	-4-	2	0

- Liste der Adjektive, bei denen über alle Begriffe hinweg nur eine Gruppe Extremwerte aufwies.

Gruppe d. Pat. mit Col.-Ka.	Gruppe d. Pat. mit Ov.-Ka.		Pat. der Kontr. Gr.	
Ø	offen	4 mal	streng	1 mal
	weich	4 mal	reizbar	2 mal
	fortschr.	4 mal	männlich	2 mal
	sanft	4 mal	herrisch	2 mal

C Zusammenfassung:

Wie aus Abschnitt A ersichtlich, stellt die Gruppe der Patientinnen mit Ovarial-Karzinom die meisten Extremwerte, und zwar 61 %; die Gruppe der Patientinnen mit Collum-Karzinom und die Kontrollgruppe haben weniger, aber beide ungefähr gleich viel.

Summe N = 77, davon in der

Gruppe d. Pat. mit Col.-Kar.	=	17	= 22 %
Gruppe d. Pat. mit Ov.-Kar.	=	47	= 61 %
Patientinnen der Kontrollgruppe	=	13	= 17 %

Die Patientinnen der Gruppe mit Ovarial-Karzinom scheint somit bei der Beurteilung der vorgegebenen Begriffe eine Tendenz zum Extremen zu zeigen.

- Gegensätzliche Nennungen zu den beiden anderen Gruppen fanden sich in allen Gruppen etwa gleich häufig:

Gruppe der Patientinnen mit Collum-Karzinom 3 mal
Gruppe der Patientinnen mit Ovarial-Karzinom 2 mal
Patientinnen der Kontrollgruppe 2 mal.

Interessanterweise verzeichnet die Gruppe der Patientinnen mit Collum-Karzinom alle 3 gegensätzlichen Nennungen beim Begriff Ehemann, nämlich: mild, ruhig, unterwürfig.

- Die Anzahl der Extremwerte, die ausschließlich in einer Gruppe aufgetreten waren, lagen bei den Patientinnen mit Ovarial-Karzinom bei 16, bei den Patientinnen mit Collum-Karzinom bei 0 und bei den Patientinnen der Kontrollgruppe bei 7. Während also die Patientinnen der Gruppe mit Collum-Karzinom keinen Extremwert bei einem Adjektiv aufzuweisen haben, der nicht auch bei einem anderen Begriff bei den anderen Gruppen gefunden werden konnte, ist dies bei den Patientinnen der Gruppe mit Ovarial-Karzinom und bei den Patientinnen der Kontrollgruppe sehr wohl der Fall. Dies ist deshalb bedeutsam, da es sich um Adjektive unterschiedlicher Tönung handelt: In der Gruppe der Patientinnen mit Ovarial-Karzinom waren dies:

offen, weich, fortschrittlich und sanft.

In der Gruppe der Patientinnen der Kontrollgruppe dagegen:

streng, reizbar, männlich und herrisch.

Diese Liste kann ergänzt werden durch die Adjektive, bei denen 2 Gruppen zusammen alle Extremwerte (4) aufweisen;
Patientinnen der Gruppe mit Collum- u. Ovarial-Karzinom 9 Extremwerte.

Patientinnen der Gruppe mit Collum-Karzinom und die Patientinnen der Kontrollgruppe 0 Extremwerte.

Patientinnen der Gruppe mit Ovarial-Karzinom und Patientinnen der Kontrollgruppe 1 Extremwert.

- Von den gemeinsamen 9 Extremwerten der beiden Karzinomgruppen waren: mild, ruhig, warm, gut und geordnet folgendermaßen verteilt: Für jedes Adjektiv 1 Extremwert in der Gruppe der Patientinnen mit Collum-Karzinom, 3 Extremwerte in der Gruppe der Patientinnen mit Ovarial-Karzinom.

Bei den 4 Adjektiven: zuversichtlich, unterwürfig, heiter, frisch, war die Verteilung folgendermaßen: Für jedes Adjektiv 2 Extremwerte in der Gruppe der Patientinnen mit Collum-Karzinom und 2 Extremwerte in der Gruppe der Patientinnen mit Ovarial-Karzinom.

Auch diese 9 Adjektive der beiden Gruppen der Patientinnen mit Collum- und Ovarial-Karzinom heben sich in ihrer Tönung deutlich von den Extremnennungen der Patientinnen der Kontrollgruppe ab.

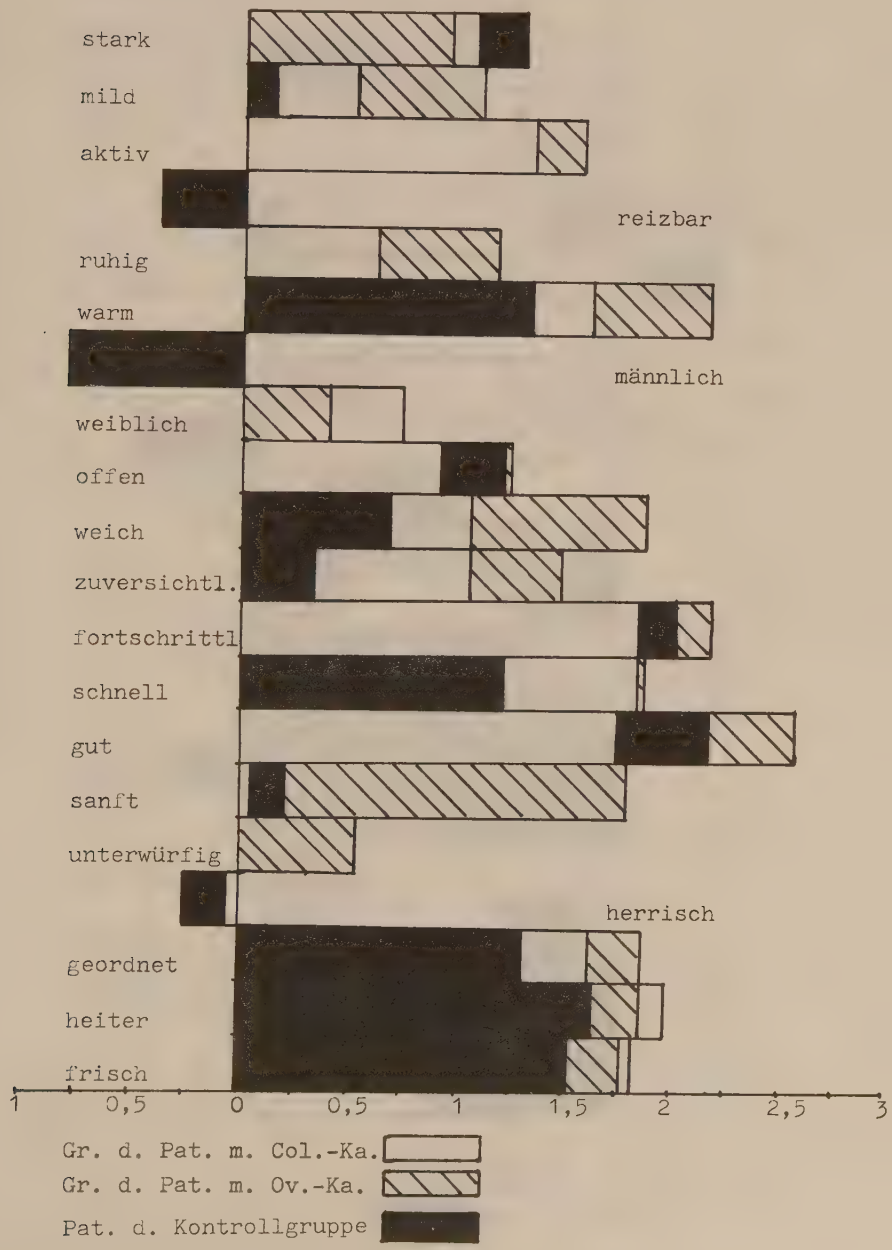
Wie später zu besprechen sein wird, ergeben sich also deutliche Unterschiede sowohl zwischen

1. den Gruppen der Patientinnen mit Collum- und Ovarial-Karzinom und der Kontrollgruppe, als auch zwischen
2. den Gruppen der Patientinnen mit Karzinomerkrankungen und den Patientinnen der Kontrollgruppe.

5. 2. 3. 1. D

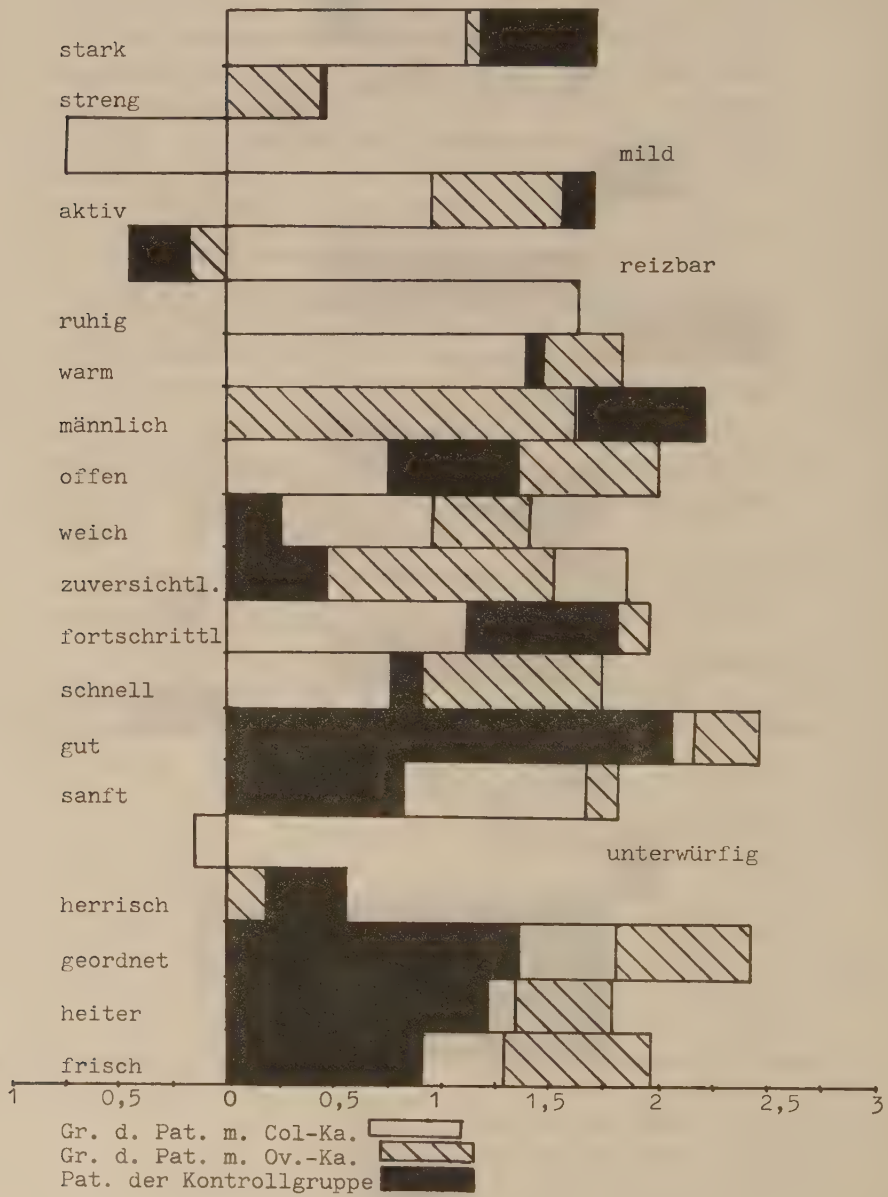
Mittelwerte der Gruppen bei den Adjektiven des semantischen Differentials für den Begriff

- Mein mir ähnlichstes Kind



Mittelwerte der Gruppen bei den Adjektiven des semantischen Differentials für den Begriff

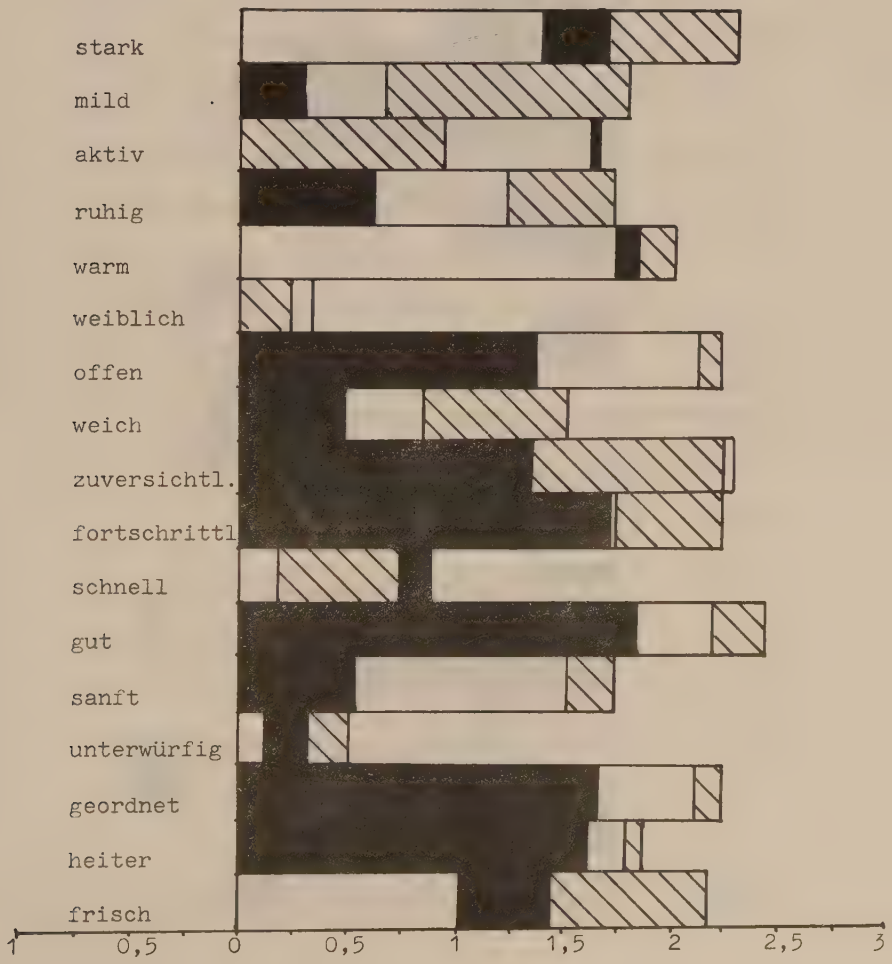
- Mein Mann



Mittelwerte der Gruppen bei den Adjektiven
des semantischen Differentials für den Begriff

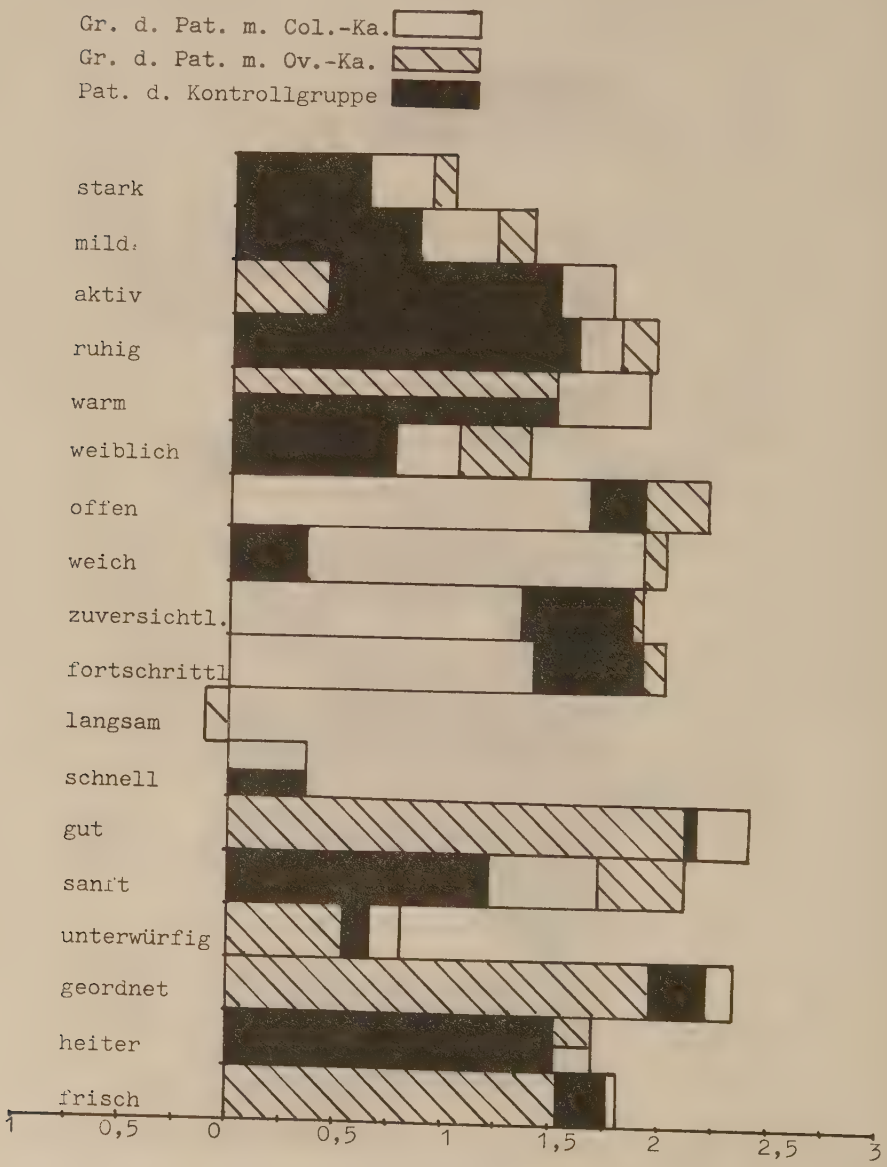
- Meine Familie

Gr. d. Pat. m. Col.-Ka.
Gr. d. Pat. m. Ov.-Ka.
Pat. d. Kontrollgruppe



Mittelwerte der Gruppen bei den Adjektiven des semantischen Differentials für den Begriff

- Meine Zukunft



5. 2. 3. 2. Ergebnisse des Pearsonschen Korrelations Koeffizienten

Zunächst sei festgestellt, daß sich eine enge Korrelation zwischen mehr als 3 Adjektiven bei allen 4 Begriffen nur in der Gruppe der Patientinnen mit Ovarial-Karzinom fanden. Dies war in der Kontrollgruppe nur für den Begriff Zukunft, in der Gruppe der Patientinnen mit Collum-Karzinom nur für den Begriff Ehemann der Fall.

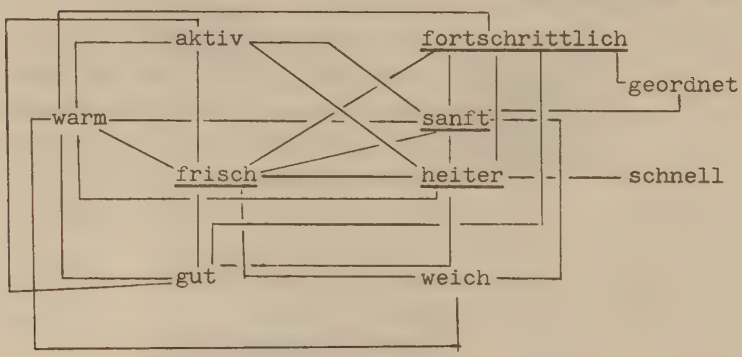
Im Folgenden werden die Korrelationen zwischen 2 und 3 Adjektiven aufgelistet, bei mehr als 3 Adjektiven untereinander graphisch dargestellt.

A. Begriff: Mein mir ähnlichstes Kind

Gr. d. Pat. m. Col.-Ka.	Gr. d. Pat. m. Ov.-Ka.	Pat. der Kontrollgr.
weich-0.75-warm	weich-0,83-sanft	weich-0.80-mild
	heiter-0,86-forts.	aktiv-0.65-sanft
	heiter-0.84-gut	heiter-0.66-reizb.
	heiter-0.84-aktiv	heiter-0,69-frisch
	heiter-0.86-frisch	
	heiter-0.73-sanft	
	heiter-0.87-warm	
	heiter-0.69-schnell	
	frisch-0.81-warm	
	frisch-0.78-gut	
	frisch-0.72-fortschr.	
	frisch-0.86-sanft	
	frisch-0.86-weich	
	frisch-0.76-aktiv	
	gut-0.82-fortschr.	
	gut-0.83-aktiv	
	gut-0.88-Warm	
	sanft-0.85-geordnet	

Gr. d. Pat. m. Col.-Ka.	Gr. d. Pat. m. Ov.-Ka.	Pat. der Kontr.-Gr.
	sanft-0.69-warm	
	sanft-0.66-fortschr.	
	sanft-0.65-aktiv	
	warm-0.66-weich	
	warm-0.77-fortschr.	
	warm-0.83-aktiv	
	stark-0.88-offen	
$n_c = 1$	$n_o = 25$	$n_k = 4$

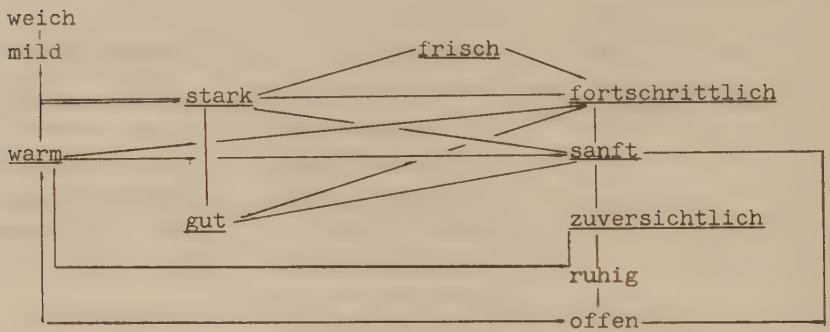
Graphische Darstellung des Korrelationsmusters der Gruppe der Patientinnen mit Ovarial-Karzinom für den Begriff Kind:



- Begriff: Meine Familie

Gr. d. Pat. m. Col.-Ka.	Gr. d. Pat. m. Ov.-Ka.	Pat. der Kontrollgruppe
offen-0.71-fortschrittlich	stark-0.75-warm	stark-0.65-warm
	stark-0.65-mild	warm-0.66-aktiv
	stark-0.96-forts.	ruhig-0.68-geordnet
	stark-0.80-frisch	forts.-0.80-gut
	stark-0.69-gut	sanft-0.75-unterw.
	stark-0.74-sanft	heiter-0.95-frisch
	forts.-0.75-frisch	
	forts.-0.76-gut	
	forts.-0.74-sanft	
	sanft-0.81-zuvers.	
	sanft-0.81-offen	
	sanft-0.83-warm	
	sanft-0.72-gut	
	offen-0.71-ruhig	
	ruhig-0.71-zuvers.	
	mild-0.73-weich	
	warm-0.69-forts.	
	warm-0.90-offen	
	warm-0.90-zuvers.	
$n_c = 1$	$n_o = 19$	$n_K = 6$

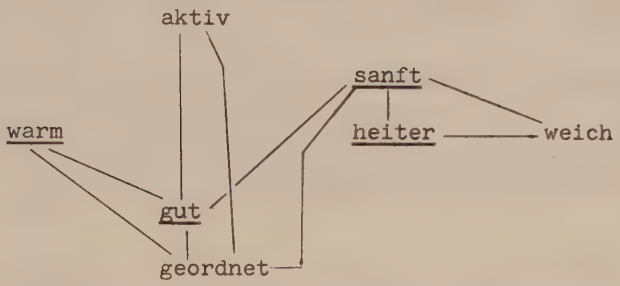
Graphische Darstellung des Korrelationsmusters der Gruppe der Patientinnen mit Ovarial-Karzinom für den Begriff: Meine Familie



Begriff: Mein Mann

Gr. d. Pat. m. Col.-Ka.	Gr. d. Pat. m. Ov.-Ka.	Pat. der Kontrollgruppe
mild-0.68-weich	heiter-0.67-weich	frisch-0.89-heiter
weich-0.67-ruhig	heiter-0.65-sanft	schnell-0.70-frisch
männl.-0.67-forts.	gut-0.74-sanft	warm-0.68-geordnet
forts.-0.67-aktiv	gut-0.89-geordnet	
aktiv-0.76-stark	gut-0.81-warm	
warm-0.76-gut	gut-0.66-aktiv	
sanft-0.75-geordn.	sanft-0.90-weich	
	sanft-0.76-geordnet	
	warm-0.65-aktiv	
	warm-0.77-geordnet	
	offen-0.73-reizbar	
	offen-0.78-forts.	
$n_c = 7$	$n_o = 12$	$n_k = 3$

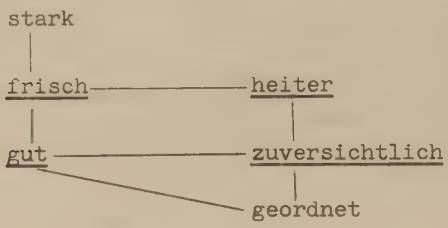
Graphische Darstellung des Korrelationsmusters der Gruppe der Patientinnen mit Ovarial-Karzinom für den Begriff: Mein Mann



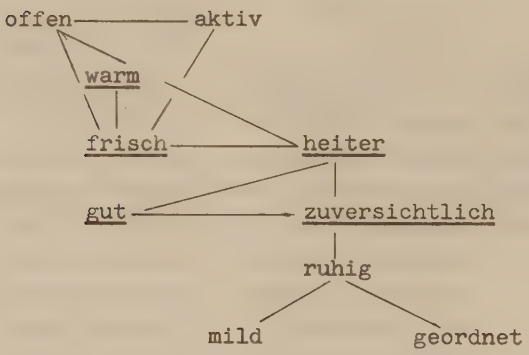
- Begriff: Meine Zukunft

Gr. d. Pat. m. Col.-Ka.	Gr. d. Pat. m. Ov.-Ka.	Pat. d. Kontrollgruppe
weich-0.65-aktiv	weich-0.71-sanft	weich-0.69-sanft
stark-0.65-schnell	heiter-0.82-gordn.	heiter-0.73-warm
frisch-0.76-heiter	heiter-0.81-gut	heiter-0.67-gut
frisch-0.76-ruhig	heiter-0.68-zuvers.	heiter-0.66-zuvers.
ruhig-0.75-heiter	heiter-0.79-frisch	heiter-0.73-frisch
	frisch-0.78-gut	frisch-0.87-warm
	frisch-0.68-stark	frisch-0.69-offen
	gut-0.75-geordnet	frisch-0.66-aktiv
	gut-0.67-zuvers.	gut-0.80-zuvers.
	zuvers.-0.84-geordn.	zuvers.-0.74-ruhig
	ruhig-0.80-offen	ruhig-0.69-mild
	warm-0.71-sanft	ruhig-0.70-geordnet
		offen-0.66-warm
		offen-0.66-aktiv
$n_c = 5$	$n_o = 12$	$n_k = 14$

Graphische Darstellung des Korrelationsmusters der Gruppe der Patientinen mit Ovarial-Karzinom für den Begriff: Meine Zukunft



Graphische Darstellung des Korrelationsmusters der Kontrollgruppe für den Begriff: Meine Zukunft



B. Zusammenfassung

Es fällt auf, daß die Gruppe der Patientinnen mit Collum-Karzinom nur 1 Ringkorrelation bei dem Begriff Zukunft und 1 Kettenkorrelation beim Begriff Mann aufweist.

Die Patientinnen der Kontrollgruppe zeigen ein zusammenhängendes Korrelationssystem beim Begriff Zukunft, hier allerdings am deutlichsten innerhalb der Gruppen, und bei allen 3 übrigen Begriffen eine 3 gliedrige Kettenkorrelation.

Die Patientinnen der Gruppe mit Ovarial-Karzinom zeigen in allen 4 Begriffen ein kohärentes Korrelationssystem von Adjektiven, am deutlichsten ausgeprägt bei den Begriffen Familie und Kind.

Korrelierende Adjektive wurden gefunden:

Begriff	Gr. d. Pat. m. Col.-Ka.	Gr. d. Pat. m. Ov.-Ka.	Pat. d. Kontr. Gr.
Kind	1	24	4
Familie	1	19	6
Mann	7	12	3
Zukunft	5	12	14
Summen:	14	67	27

Die Summe der 108 korrelierenden Adjektive verteilt sich also wie folgt auf die einzelnen Gruppen:

Gr. d. Pat. m. Col.-Ka.	13 %
Gr. d. Pat. m. Ov.-Ka.	62 %
Pat. der Kontrollgruppe	25 %

Die äußerst ungleiche Verteilung wird durch die Besprechung der einzelnen Summanden noch weiter erläutert:

- Die Gruppe der Patientinnen mit Collum-Karzinom:

Insgesamt stellt diese Gruppe den geringsten Anteil korrelierender Adjektive, besonders bei den Begriffen Kind und Familie. Hier weist diese Gruppe jeweils nur eine einzige Korrelation auf. Deutlich mehr Korrelationen im Vergleich zu den anderen Gruppen finden sich für die Begriffe Zukunft und Mann, wobei die Gruppe der Patientinnen mit Collum-Karzinom für den Begriff Zukunft zwar immer noch den letzten Rang einnimmt, jedoch beim Begriff Ehemann immerhin den 2. Rang belegt. 50 % aller korrelierenden Adjektive der Gruppe finden sich bei diesem Begriff.

- Die Gruppe der Patientinnen mit Ovarial-Karzinom:

Auffallend bei der Betrachtung der Summanden ist eine Teilung der 4 Begriffe in: Kind/Familie mit zahlreichen Korrelationen, Mann/Zukunft mit vergleichsweise weniger Korrelationen. Zwar stellt die Gruppe im Vergleich zu den anderen Gruppen auch bei den Begriffen Mann/Zukunft die meisten Korrelationen, sie hebt sich jedoch nur bei den Begriffen Kind und Familie von den anderen ab.

- Die Patientinnen der Kontrollgruppe:

Bei den ersten 3 Begriffen unterscheiden sich die Korrelationen betragsmäßig wenig. Allein der Begriff Zukunft weist häuige Korrelationen zwischen den Adjektiven auf. Gerade für diesen Begriff findet man aber in den beiden Karzinom-Gruppen summarisch weniger Korrelationen, und, wie aus der Darstellung hervorgeht, weisen die Patientinnen der Kontrollgruppe für diesen Begriff das dichteste System korrelierender Adjektive auf.

Beim Vergleich der Tabellen zwischen den einzelnen Gruppen ist bemerkenswert:

- Die Gruppe der Patientinnen mit Collum-Karzinom:

  - hat mit 13 % den niedrigsten Anteil an korrelierenden Adjektiven.

  - zeigt insgesamt kein kohärentes Korrelationsmuster.

  - hat für die Begriffe Kind und Familie die absolut niedrigste Summe korrelierender Adjektive.

  - weist beim Begriff Mann die meisten korrelierenden Adjektive auf.

- Die Gruppe der Patientinnen mit Ovarial-Karzinom:
  - stellt mit insgesamt 62 % aller gefunden Korrelationen nahezu 2/3 aller korrelierender Adjektive.

  - zeigt für alle 4 Begriffe ein Korrelationssystem.

  - dichte Korrelationssysteme wurden insbesondere für die Begriffe Kind und Familie gefunden, wobei gleichzeitig die meisten korrelierenden Adjektive im Vergleich zu den beiden anderen Gruppen auftreten. Sowohl die Summe der korrelierenden Adjektive als auch die dichten Korrelationssysteme bei diesen beiden Begriffen grenzen die Patientinnen der Gruppe mit Ovarial-Karzinom eindeutig von den beiden anderen Gruppen ab.

5. 2. 4. Interpretation der Ergebnisse der deskriptiven Auswertung des semantischen Differentials

A. Besprechung der einzelnen Begriffe an hand der extremen, zum Teil gegensätzlichen Mittelwerte und der Pearsonschen Korrelationskoeffizienten.

- Mein mir ähnlichstes Kind

Vorrausgestellt werden muß, daß durch die Beschränkung ähnlichstes Kind, im wesentlichen die Persölichkeitseigenschaften erfaßt werden sollten, die in ähnlicher Form die befragten Patientinnen auch bei sich selbst festzustellen glaubten.

- Gruppe der Patientinnen mit Collum-Karzinom

Mit 2 gleichsinnigen Extremwerten und nur einer Korrelation scheint diesem Begriff kein Gruppenkonzept zugrunde zu liegen. Die geringe Zahl von Extremwerten und Korrelationen kann sowohl Ausdruck starker Auseinandersetzung der Gruppe mit diesem Begriff, wie auch Bedeutungslosigkeit des Begriffs für die Gruppe bedeuten. Bei der Besprechung aller Ergebnisse im Zusammenhang wird dies Beachtung finden.

- Gruppe der Patientinnen mit Ovarial-Karzinom

Wie aus den Ergebnissen bereits hervorgeht, hatte diese Gruppe insgesamt wie auch bei oben genanntem Begriff die meisten Extremwerte, die zahlreichsten Korrelationen und das dichteste Korrelationssystem.

- Im Mittelwertsvergleich scheinen die Eigenschaften mild, ruhig, warm, weich, sanft, unterwürfig und geordnet für diese Gruppe eine bedeutsame Rolle zu spielen. Zusammenfassend könnte man diese Eigenschaften als emotionale Wärme, Submission und Angepaßtheit beschreiben, vielleicht als fehlende oder nicht nach

außen gerichtete Potenz. Möglicherweise zeigt sich hier ein deutlicher Gegensatz zur Kontrollgruppe.

- Das insgesamt dichteste System miteinander korrelierender Adjektive gruppiert sich um die Eigenschaften frisch, heiter, gut, sanft, warm, fortschrittlich, aktiv, vielleicht noch weich. Gedeutet werden könnte dies als Betonung der Eigenschaften emotionale Wärme und tolerierte Aktivität ohne Dominanzstreben. Für diese Begriffe kann aus den zahlreichen, wechselseitigen Relationen zwischen diesen Adjektiven auf ein beschreibendes und abgrenzendes Grundkonzept der Gruppe geschlossen werden.

  Die Gruppe ordnet somit diesen Begriff emotionale Wärme und tolerierte Aktivität im Sinne von Submission und Anpassung ohne Dominazstreben zu.

- Patientinnen der Kontrollgruppe

  - Mit 4 Extremwerten bei den Adjektiven stark, reizbar, männlich und herrisch, scheint diese Gruppe den Begriff ein anderes Bild zuzuordnen. Die Adjektive weisen in Richtung von Durchsetzungswillen und Kraft, eines Faktors also, der mit dem Begriff Potenz beschrieben werden kann (Ertel 1964).

  - Ein System korrelierender Adjektive wurde in der Gruppe für den Begriff nicht gefunden. Bei nur 4 Korrelationen der angegebenen Adjektive konnte kein die Gruppe kennzeichnendes System erstellt werden. Zwei Möglichkeiten der Interpretation bieten sich dazu an und seien deshalb exemplarisch für ähnliche Fälle erläutert:

Die Zuordnung der vorgegebenen Eigenschaften erfolgte durch die Patientinnen dieser Gruppe so unterschiedlich, daß

- angenommen werden kann, daß jede Patientin für den gegebenen Begriff von den anderen abweichende Assoziationen aufstellt. Sie beschreibt also ihr eigenes, differenziertes und deviantes Urteil, wodurch kein Gruppenkonzept zustande kommt.
- auf Grund mangelnder aktueller Bedeutung oder Bedeutungslosigkeit des Begriffs als Vorstellungs- oder Denkinhalt, also mangels Differenzierung, die jeweilige Gruppe keine kohärenten Eigenschaftsassoziationen aufweist.

Die 4 bei den Patientinnen der Kontrollgruppe gefundenen Korrelationen weisen in 2 Fällen wieder in Richtung des beim Mittelwertsvergleich gefundenen Faktors Potenz (aktiv-sanft, heiter-reizbar). Wenn auch das Ergebnis der Korrelationskoeffizienten nicht eindeutig interpretierbar ist, so darf doch vermutet werden, daß ein als Potenz zu beschreibender Faktor für diese Gruppe bei der Einschätzung des Begriffs eine bedeutsame und von den anderen Gruppen abgrenzende Rolle spielt.

- Meine Familie

Zunächst muß festgestellt werden, daß für diesen Begriff in den Extremwerten keine gegensätzlichen Adjektive auftauchten.

- Gruppe der Patientinnen mit Collum-Karzinom

  - Es fanden sich 2 Extremwerte, weiblich und zuversichtlich, deren Betrag sich unwesentlich von denen der anderen Gruppen unterschied.

  - Eine einzige Korrelation fand sich zwischen offen und fortschrittlich. Durch diese geringe Zahl läßt sich keine Assoziation in einer bestimmten Richtung vermuten. Die Deutung dieses Befundes erfolgt in der Diskussion.

- Gruppe der Patientinnen mit Ovarial-Karzinom

- Ebenso wie beim Begriff mein mir ähnlichstes Kind zeigt die Gruppe auch hier 13 Extremwerte und damit weit mehr als die anderen. Auch wenn minimale Unterschiede zwischen den Extremwerten außer acht gelassen werden (Diff. = oder kleiner 0,5) bleiben noch die Adjektive mild, ruhig, weich, fortschrittlich und frisch.

- Auch das sehr dichte Korrelationssystem gruppiert sich um die genannten Adjektive.

Es kann somit auf eine ausgeprägte Assoziation mit Geborgenheit geschlossen werden, wobei deren Qualität gegenüber den anderen Gruppen aufgewertet zu sein scheint.

- Patientinnen der Kontrollgruppe

- Hier fanden sich ebenfalls nur 2 Extremwerte, aktiv und schnell, wobei sich der Unterschied zu den anderen Gruppen gleichfalls minimal erweist.

- Bezüglich der Korrelationen findet sich kein Korrelationssystem. Genannt wurden 6 Paare korrelierender Adjektive: stark, warm, aktiv, ruhig, geordnet, fortschrittlich, gut, sanft, unterwürfig, heiter und frisch. Die Paare sind naturgemäß als hoch korrelierend zu erwarten, eine Tendenz in Richtung Geborgenheit scheint sich abzuzeichnen.

Eine eindeutig bestimmte Assoziation mit diesem Begriff konnte für die Gruppe nicht identifiziert werden.

- Mein Mann

- Gruppe der Patientinnen mit Collum-Karzinom

  - Von den 4 Extremwerten insgesamt, die meisten in dieser Gruppe, stehen 3 im Gegensatz zu denen der anderen Gruppen: mild, ruhig, zuversichtlich und unterwürfig. Abgesehen von zuversichtlich als gleichsinnigem Extremwert könnten die Adjektive mit Toleranz bis zu Passivität in Verbindung gebracht werden. Ein Befund, der gerade für den Begriff Ehemann eher überraschend wirkt.

  - Zwar wurde auch in diesem Fall kein Korrelationssystem gefunden, jedoch hat die Gruppe hierbei ihre größte Zahl von Korrelationen. Diese können bezüglich ihrer Tönung in zwei Aspekte geteilt werden:

  a) männlich, fortschrittlich, aktiv, stark
  b) mild, weich, ruhig, warm, gut, sanft, geordnet.

Zum einen zeigt sich eine Assoziation von männlicher Stärke und Aktivität,die jedoch nicht mit Doninanzstreben gekoppelt scheint, zum zweiten finden sich Adjektive ausgesprochen weicher, warmer, ausgeglichener Tönung, die fast aus dem Begriff Geborgenheit abgeleitet sein könnten. Dabei darf allerdings nicht übersehen werden, daß es sich um Adjektive handelt, die von vorn herein eine hohe Korrelation erwarten lassen.

Jedoch kann aus beiden Ergebnissen zusammen gefolgert werden, daß diese Gruppe mit dem Begriff Ehemann Eigenschaften wie Tolleranz, Passivität, Georgenheit verbindet und diese Begriffsinhalte mit männlicher Stärke und Kraft vorstellungsmäßig locker verknüpft sind.

- Gruppe der Patientinnen mit Ovarial-Karzinom

  - Mit 10 Extremwerten erreichte diese Gruppe wiederum die meisten Nennungen, jedoch gleichzeitig ihre absolut niedrigste Anzahl. Klammert man die Eigenschaftswörter aus, deren Differenz zu den anderen Gruppen minimal ist (= oder kleiner 0,5), so verbleiben die Adjektive offen, schnell, geordnet und frisch. Eigenschaften die zwar in gewisse Richtung deuten, aus deren Summen sich aber keine eindeutigen Assoziationen ableiten lassen.

  - Die 12 Korrelationen und das Korrelationssystem sind für die Gruppe insgesamt die geringsten. Zwar finden sich wieder ähnliche Adjektive im Korrelationssystem (warm, sanft, gut, geordnet), die in der Dichte jedoch nicht mit den Begriffen Kind und Familie vergleichbar sind.

  Diese nicht eindeutige Tendenz bei den Extremwerten, deren geringe Zahl, sowie das lockere Korrelationssystem, könnte für diese Gruppe als Ausdruck einer gewissen Zurückhaltung bei der Beurteilung dieses Begriffes gewertet werden.

- Patientinnen der Kontrollgruppe

  - Es ergaben sich hier 6 gleichsinnige Extremwerte; 3 davon zusammen mit der Gruppe der Patientinnen mit Ovarial-Karzinom: aktiv, stark, reizbar, streng, männlich und herrisch. Auch hier findet man wieder Eigenschaften wie Durchsetzungswollen, Kraft, Dominanz, also im wesentlichen ähnliche Eigenschaften wie bei mein mir ähnlichstes Kind. Diese Ähnlichkeit soll besonders hervorgehoben werden.

  - Korrelierende Adjektive fanden sich nur 3, wobei dies zum einen die niedrigste Zahl der Gruppe überhaupt darstellt, andererseits ergibt sich aus den

Adjektiven frisch, heiter, schnell, warm und geordnet keine eindeutige Interpretationsmöglichkeit der Korrelationen.

- Meine Zukunft

- Gruppe der Patientinnen mit Collum-Karzinom

  - Mit 8 Extremwerten erlangte die Gruppe hier ihre absolut größte Anzahl. Die Unterschiede zu den anderen Gruppen sind jedoch minimal. Allerdings darf dies nicht überbewertet werden, da gerade diese Gruppe insgesamt sehr wenige Extremwerte aufzuweisen hat. Deshalb soll noch näher darauf eingegangen werden. Die Adjektive aktiv, schnell, frisch, sowie warm, gut, unterwürfig, geordnet und heiter lassen auf eine positive Einschätzung schließen, wenn auch kein ausgesprochen dynamischer, so doch ein aktiver Aspekt zum Ausdruck kommt.

  - Ähnliches scheint auch für die 5 Korrelationen zu gelten, die hier für die Gruppe immerhin am zweithäufigsten aufgetreten sind.

Festgehalten werden kann somit, daß die Gruppe der Patientinnen mit Collum-Karzinom bei dem Begriff Zukunft für ihre Verhältnisse sehr zahlreiche Extremwerte mit teilweise stark positiver Tönung aufweist , was auf eine Tendenz zur Idealisierung hinweisen könnte. Aktive Gestaltung und positive Einschätzung scheinen, ähnlich wie in den anderen Gruppen, eine Rolle zu spielen.

- Gruppe der Patientinnen mit Ovarial-Karzinom

  - Zwar hat die Gruppe auch hier wieder die meisten Extremwerte (11), abgesehen vom Adjektiv langsam (gegensätzlich), jedoch keine deutlichen Differenzen zu den anderen Gruppen. Hervorzuheben ist, daß die

Gruppe den betragsmäßig kleinsten Mittelwert der 3 Gruppen beim Adjektiv 'aktiv' aufweist, was im Zusammenhang mit dem gegensätzlichen Extremwert 'langsam' gesehen werden kann.

- Wie beim Begriff Mann fand sich auch hier die niedrigste Zahl an Korrelationen (12). So ist auch das Korrelationssystem am wenigsten ausgeprägt. Wie bei den Patientinnen der Kontrollgruppe noch gezeigt werden soll, gliedert es sich um die Adjektive frisch,heiter, zuversichtlich, gut und geordnet. Zwar kann wieder von einer überwiegend positiven Einschätzung ausgegangen werden, jedoch fehlt der dynamische Aspekt genauso wie eine noch weiter gehende Differenzierung.

Auf Grund der verhältnismäßig wenigen Extremwerte und ihrer geringen Differenz zu den anderen Gruppen (abgesehen von den Adjektiven 'aktiv'und 'langsam'), sowie des wiederum verhältnismäßig lockeren Assoziationssystems kann auf die folgende Einschätzung der Zukunft durch die Gruppe geschlossen werden: Sie erscheint überwiegend positiv, jedoch nicht weiter differenziert, ohne Dynamik (Pat. d. Kontrollgruppe) und Aktivität, und somit ungewiß.

- Patientinnen der Kontrollgruppe

  - Es findet sich nur ein einziger Extremwert beim Adjektiv schnell und dieser absolut gleich wie bei der Gruppe der Patientinnen mit Collum-Karzinom. Auch in den übrigen Adjektiven sind die Mittelwerte im wesentlichen mit den anderen Gruppen vergleichbar, wobei auffällig ist, daß die Patientinnen der Kontrollgruppe wesentlich schwächer als die beiden Karzinom-Gruppen die Adjektive weich und sanft mit dem vorgegebenen Begriff verbindet.

- Umso erstaunlicher erscheint es, daß gerade die Patientinnen der Kontrollgruppe bei diesem Begriff ihr einziges, gegenüber der Gruppe der Patientinnen mit Ovarial-Karzinom dichteres, Korrelationssystem aufweist. 14 Korrelationen wurden geknüpft, was für diese Gruppe sowohl bezüglich der 4 Begriffe, als auch im Vergleich zu den Patientinnen der beiden Karzinom-Gruppen die größte Anzahl darstellt. Die Adjektive offen, warm, frisch, heiter, gut, zuversichtlich und geordnet scheinen eine hervorragende Rolle zu spielen. Zwar erscheinen ähnliche Eigenschaften auch bei der Gruppe der Patientinnen mit Ovarial-Karzinom, und entfernt auch bei der Gruppe der Patientinnen mit Collum-Karzinom; jedoch scheint ein dynamischer Aspekt durch die Adjektive offen, warm und aktiv deutlicher ausgeprägt zu sein.

Korrelationen der Adjektive frisch, heiter, gut, zuversichtlich und ruhig sind im Sinne einer positiven Beurteilung des Begriffs zu deuten. Da nur ein Extremwert gefunden wurde, läßt dies auf eine vorsichtige Einschätzung der Zukunft durch die Patientinnen schließen. Da sich aber die zahlreichsten Korrelationen und das dichteste Korrelationssystem fanden, kann auf eine differenzierte Beurteilung und Auseinandersetzung mit dem Begriff geschlossen werden. Hervorzuheben ist, daß die überwiegend positive, wenn auch vorsichtige Einschätzung der Zukunft, einen dynamischen Aspekt vermuten läßt.

5. 3. Klinisches Interview

Ergebnisse:

Die Auswertung der klinischen Interviews erfolgte nach der wörtlichen Niederschrift der Tonbandaufzeichnungen. Für jede Patientinnengruppe wurde über jeden Themenkomplex eine Tabelle angelegt.

Der Fragenkomplex Kindheit (s. Appendix) umfaßte folgende Stichpunkte:

5. 3. 1. Eigene Kindheit

5. 3. 1. 1. Stellung in der Geschwisterreihe

2. Übernahme von Mitverantwortung bei der Erziehung jüngerer Geschwister.

3. Erziehungsstil der Eltern

4. Emotional traumatisches Erlebnis durch die Trennung von einer wichtigen Beziehungsperson während der ersten 12 Lebensjahre.

5. Sexualaufklärung

Zu 5. 3. 1. 1.

- Von den 20 befragten Patientinnen der Gruppe mit Ovarial-Karzinom war nur eine Patientin das erste Kind der Geschwisterreihe. Die Mutter dieser Patientin war zum Zeitpunkt der Geburt ledig, die Patientin selber wurde durch die Großmutter aufgezogen.

Zum Vergleich: Das erste Kind in der Geschwisterreihe waren 9 Patientinnen der Gruppe mit Collum-Karzinom und 11 Patientinnen aus der Kontrollgruppe.

- Faßt man die Patientinnen, die das zweite oder das dritte Kind der Geschwisterreihe waren zusammen, so findet man bei den Patientinnen der Gruppe mit Ovarial-Karzinom 14, bei den Patientinnen der Gruppe mit Collum-Karzinom 7 und bei den Patientinnen der Kontrollgruppe 6.

Tabelle 1: Stellung in der Geschwisterreihe

	1.	2.	3.	4.	5.	6. Kind
Gr. d. Pat. m. Col.-Ka.	9	2	5	1	1	2
Gr. d. Pat. m. Ov.-Ka.	1	5	9	1	1	2
Pat. d. Kontrollgruppe	11	3	3	1	1	1

- Für den Zeitabstand zwischen der eigenen Geburt und der Geburt des nächst jüngeren Geschwisters ergaben sich zwischen den Gruppen keine wesentlichen Unterschiede:

Tabelle 2: Altersdifferenz zum nächst jüngeren Geschwister in Jahren

	0	1	2	3	4	5	6	7 Jahre
Gr. d. Pat. m. Col.-Ka.	7	2	3	4	3	0	1	0
Gr. d. Pat. m. Ov.-Ka.	7	3	4	1	3	2	0	0
Pat. d. Kontrollgruppe	7	1	7	2	1	1	0	1

Unter der Spalte 0 wurden die Patientinnen zusammengefaßt, welche entweder das letzte oder das einzige Kind ihrer Eltern waren.

Im Gegensatz zu der in der Einleitung erwähnten Arbeit von Le Shan & Reznikoff (1960) konnte die Hypothese, ein emotionales frühkindliches Trauma (der Geburt eines jüngeren Geschwisters in zeitlich kurzem Abstand) könne in der Äthiologie einer späteren Karzinomerkrankung eine Rolle spielen, nicht bestätigt werden. Allerdings ist die vorliegende Arbeit nicht ohne weiteres mit der von Le Shan & Reznikoff vergleichbar. Die Untersuchungsgruppe bei Le Shan & Reznikoff war mit 78 Malignom-Patientinnen sowie 234 malignomfreie Geschwister in der Kontrollgruppe erheblich umfangreicher. Außerdem wurden noch andere Organlokalisationen der Karzinome untersucht, wogegen

sich die vorliegende Arbeit ausschließlich auf Patientinnen mit histologisch gesichertem Collum- oder Ovarial-Karzinom bezieht.

Zu 5. 3. 1. 2.

- Bei der Frage nach Mithilfe bei der Erziehung jüngerer Geschwister war auffallend, daß dies bei keiner einzigen Patientin aus der Gruppe der Patientinnen mit Collum-Karzinom der Fall war. Durch die Beantwortung dieser Frage könnten Rückschlüsse auf das Familienleben in der Kindheit der Patientinnen gezogen werden. Auf jeden Fall kann festgehalten werden, wobei ein soziologisch-gruppenspezifischer Effekt zunächst dahingestellt sei, daß sich in der Gruppe der Patientinnen mit Collum-Karzinom keine Patientin um ihre jüngeren Geschwister zu kümmern hatte.

Tabelle 3: Bei der Erziehung jüngerer Geschwister halfen mit:

Gr. d. Pat. m. Col.-Ka.	0
Gr. d. Pat. m. Ov.-Ka.	6
Pat. d. Kontrollgruppe	7

Zu 5. 3. 1. 3.

- Auf die Frage nach der Strenge der Erziehung durch die Eltern äußerten sich die Patientinnen folgendermaßen:

Tabelle 4:

	streng	normal
Gr. d. Pat. m. Col-Ka.	4	16
Gr. d. Pat. m. Ov.-Ka.	4	16
Pat. d. Kontrollgruppe	6	14

Die Frage bezog sich hauptsächlich auf Erziehungsziele wie Leistung, Moral oder Ordentlichkeit. Ob diese Anforderungen von den Patientinnen belastend oder bedrückend empfungen wurden, zeigt

Tabelle 5: Äußerungen von Unmut gegenüber den elterlichen Erziehungsformen:

	ja	nein
Gr. d. Pat. m. Col-Ka.	1	19
Gr. d. Pat. m. Ov.-Ka.	0	20
Pat. d. Kontrollgruppe	6	14

- Wie Tabelle 4 zeigt, waren die elterlichen Erziehungsanforderungen über die Gruppen vergleichbar. Auffallend ist (Tab. 5), daß sich alle betroffenen Patientinnen aus der Kontrollgruppe hierüber beklagten, in den beiden Gruppen der Karzinom-Erkrankten jedoch Äußerungen von Unmut nahezu ausblieben.

Es erhebt sich die Frage, warum diese Anforderungen, die sicherlich das normale Maß überschritten, von den beiden Gruppen der Karzinom-Erkrankten nicht mißbilligt wurden.

Tabelle 6: Eine Trennung, im Sinne eines emotional-traumatischen Erlebnisses, von einer wichtigen Beziehungsperson erlitten:

	ja	nein
Gr. d. Pat. m. Col-Ka.	1	19
Gr. d. Pat. m. Ov.-Ka.	3	17
Pat. d. Kontrollgruppe	1	19

- Wenn auch auf die statistische Sicherung diese Befundes verzichtet wurde, so ist doch auffällig, daß dieses Ergebnis eher im Widerspruch zu den in der Literatur mitgeteilten Befunden steht. Obwohl in der

vorliegenden Arbeit der Zeitraum auf die ersten 12 Lebensjahre ausgedehnt wurde, konnten die Ergebnisse von Le Shan & Reznikoff (1960) und Le Shan & Worthington (1956) an diesen Patientinnen in keiner Weise bestätigt werden. Damit wird natürlich auch die Therapie über die Entwicklung der Persönlichkeitsstruktur der Karzinom-Patientinnen durch ein frühes traumatisches Erlebnis ihrer Grundlage beraubt. Sie erscheint somit fragwürdig. Dahingestellt sei, ob die genannten Autoren den physischen Verlust ihrer Theorie zu Grunde legen. Sollte etwa auch der psychische Verlust als Anlaß einer derartigen Entwicklung in Betracht kommen, so bliebe immer noch die Frage offen, wie dies nachzuweisen wäre.

Zu 5. 3. 1. 5.

- Daß nur wenige Patientinnen sexuell aufgeklärt wurden, kann sicherlich zum Großteil durch die damalige Erziehung erklärt werden.

Tabelle 7: Aufgeklärt wurden durch

	Eltern	Umwelt	Familienmitglieder
Gr. d. Pat. m. Col.-Ka.	6	14	0
Gr. d. Pat. m. Ov.-Ka.	3	17	0
Pat. d. Kontrollgruppe	1	17	2

- Bemerkenswert ist immerhin, daß in den Familien der späteren Patientinnen mit Collum-Karzinom noch am ehesten über Sexualität gesprochen wurde. Wie diese mangelnde Aufklärung empfunden wurde, zeigt:

Tabelle 8: Äußerung von Kritik an mangelnder Aufklärung:

	ja	nein
Gr. d. Pat. m. Col.-Ka.	3	17
Gr. d. Pat. m. Ov.-Ka.	4	16
Pat. d. Kontrollgruppe	6	14

- Auch hier hatte wieder die Patientinnen der Kontrollgruppe den stärksten Anlaß zur Kritik.

Zusammengefaßt nun die Auffälligkeiten der 3 Gruppen bezüglich der eigenen Kindheit:

- Nur 1 Patientin der Gruppe mit Ovarial-Karzinom war das erste Kind in der Geschwisterreihe.

- Keine Patientin aus der Gruppe mit Collum-Karzinom hatte sich um jüngere Geschwister zu kümmern.

- Obwohl die Zahl der Patientinnen, die sich der erhöhten Erziehungsanforderungen bewußt waren, über alle Gruppen vergleichbar war, boten sie fast nur in der Kontrollgruppe Anlaß zu Kritik.

- In den beiden Gruppen der Karzinom-Patientinnen wurden diese Anforderungen zwar erkannt, eine persönlich kritische Auseinandersetzung konnte jedoch zumindest nicht verbalisiert werden.

- Am häufigsten wurden die Patientinnen in der Gruppe mit Collum-Karzinom durch die Eltern sexuell aufgeklärt.

- Über den Mangel an Sexualaufklärung wurde in der Kontrollgruppe am ehesten Kritik geäußert, wenn auch keine große Differenz zu den beiden Gruppen der Karzinomkranken besteht.

5. 3. 2. Eigene Kinder

Folgende Stichpunkte wurden untersucht:

5. 3. 2. 1. Zahl der Kinder

2. Kinderwunsch

3. Definierte Ziele der Kindererziehung, die das übliche Maß subjektiv überschreiten.

4. Erfolgsbeurteilung der Kindererziehung.

Zu 5. 3. 2. 1.

- Die Kinderzahl in den Gruppen läßt sich aus folgender Tabelle entnehmen:

Tabelle 9: Kinderzahl in den Gruppen

	0	1	2	3	4	5	6 Kinder
Gr. d. Pat. m. Col.-Ka.	1	6	6	3	1	1	1
Gr. d. Pat. m. Ov.-Ka.	6	4	7	3	0	0	0
Pat. d. Kontrollgruppe	1	2	3	8	6	0	0

Zu den beiden hervorgehobenen Auffälligkeiten bei den Patientinnen der Gruppe mit Ovarial-Karzinom und bei den Patientinnen der Kontrollgruppe wäre folgendes zu sagen: Die gehäuft auftretende Kinderlosigkeit bei den Patientinnen der Gruppe mit Ovarial-Karzinom kann durch Ehelosigkeit erklärt werden, die in dieser Gruppe recht oft gefunden wurde. Die relativ große Zahl von Kindern bei den Patientinnen der Kontrollgruppe erklärt sich durch die Erkrankungen der Patientinnen. Von den Patientinnen der Kontrollgruppe hatten 8 einen Uterus myomatosus und 6 einen Descensus uteri & vaginalis. Da diese beiden Erkrankungen bekanntermeise mit steigender Kinderzahl zunehmen, waren zwangsläufig relativ hohe Kinderzahlen zu erwarten. Aus der Tabelle 9 muß hervorgehoben werden, daß abgesehen vom ehelichen Status, der später besprochen

werden wird, in der Gruppe der Patientinnen mit Collum-Karzinom keine einzige Nullipara gefunden wurde. Zwar wurde die gynäkologische Betreuung intrapartal nicht erfragt, der Befund scheint jedoch die Hypothese von Kent (1972) und Lombard (1950) zu bestätigen.

Zu 5. 3. 2. 2.

- Gefragt wurde, ob sich die Patientinnen noch mehr Kinder gewünscht hätten, als sie bereits haben.

Tabelle 10: Kinderwunsch bezüglich noch mehr Kindern:

	ja	nein
Gr. d.Pat. m. Col.-Ka.	9	11
Gr. d. Pat. m. Ov. -Ka.	13	7
Pat. d. Kontrollgruppe	9	11

Überraschenderweise hatteninsgesamt mehr als 50 % der Patientinnen den Wunsch nach noch mehr Kindern (n = 31). Vergleicht man diese Zahl mit den Spaltensummen 0 und 1 von Tabelle 9, so bleiben immerhin noch 11 Patientinnen, die bereits zwei oder mehr Kinder haben, bei welchen aber immer noch Kindenwunsch vorhanden war.

Vergleicht man jede Gruppe mit Tabelle 9, so findet sich folgender interessanter Befund:

Vernachlässigt man die Patientinnen, die kein oder nur 1 Kind haben, bestand bei den Frauen mit zwei und mehr Kindern noch Kinderwunsch:

Gr. d. Pat. m. Col.-Ka.	2
Gr. d. Pat. m. Ov.-Ka.	3
Pat. d. Kontrollgruppe	6

Dieser Befund ist deshalb bedeutsam, da bei der Kontrollgruppe, trotz Multiparität, mehr Kinder-

wunsch besteht, als in den beiden Gruppen mit Karzinomerkrankungen. In wie weit der verstärkte Kinderwunsch als Teilaspekt anderer Faktoren wie Familienleben, Ehepartner, Zukunftserwartungen und besondere Betonung der Mutterrolle gesehen werden muß, kann nicht beurteilt werden. Auch dieser Befund läßt die Vermutung aufkommen, daß es sich bei den Patientinnen der Kontrollgruppe um eine von der Normalbevölkerung abweichende Gruppe handelt.

Zu 5. 3. 2. 3.

- Die Fragen nach Erziehungsstil, persönlichem Einfluß auf die Kindererziehung und dem hierfür benötigten Zeitaufwand wurde wie folgt beantwortet:

Tabelle 11: Das 'übliche' Maß überschreitende Erziehungsziele bei den eigenen Kindern meinten zu haben:

	ja	nein	entfällt
Gr. d. Pat. m. Col-Ka.	0	19	1
Gr. d. Pat. m. Ov.-Ka.	0	14	6
Pat. d. Kontrollgruppe	0	19	1

Tabelle 12: Mit der Erziehung ihrer Kinder im wesentlichen zufrieden waren:

	ja	nein	entfällt
Gr. d. Pat. m. Col-Ka.	18	2	1
Gr. d. Pat. m. Ov.-Ka.	14	0	6
Pat. d. Kontrollgruppe	15	4	1

Tabelle 13: Der persönliche Einfluß auf die Kindererziehung wurde bezeichnet als:

	ausreichend	nicht ausreichend	entfällt
Gr. d. Pat. m. Col-Ka.	18	2	0

	ausreichend	nicht ausreichend	entfällt
Gr. d. Pat. m. Ov.-Ka.	14	0	6
Pat. d. Kontrollgruppe	17	2	1

Tabelle 14: Der hierfür benötigte Zeitaufwand stand zur Verfügung:

	ja	nein	entfällt
Gr. d. Pat. m. Col-Ka.	17	1	2
Gr. d. Pat. m. Ov.-Ka.	11	3	6
Pat. d. Kontrollgruppe	15	5	1

Zusammenfassung:

Tabelle 11 - 14 können als Maßstab dafür angesehen werden, in wie weit die Patientinnen glaubten, ihre Mutterrolle befriedigend erfüllt zu haben. Wie bereits erwähnt, findet man in der Gruppe der Patientinnen mit Ovarial-Karzinom 6 Nullipara. Besondere Anforderungen bezüglich der Erziehungsziele hatte keine einzige der Patientinnen. Bemerkenswert erscheint, daß von den Patientinnen mit eigenen Kindern, wenn auch nicht ausgeprägt, wiederum die Patientinnen der Kontrollgruppe Kritik an der eigenen Kindererziehung übt (Tab. 12). Zusammen mit der bereits beschriebenen Kritik bei der eigenen Aufklärung (Tab. 8), sowie der eigenen Erziehung (Tab. 5) könnte dies als Ausdruck eines eher kritischen Bewußtseins gewertet werden.

5. 3. 3. Familienleben

- Bezüglich des Familienlebens sollte Information über folgende Punkte erhalten werden:

5. 3. 3. 1. Grad und Ausmaß der persönlichen Befriedigung, welche aus der Sicht der Patientinnen aus dem familiären Wirkungsfeld gezogen wird.

2. Subjektive Einschätzung der Bedeutung des Familienlebens für den Ehemann.

3. Nicht realisierte Erwartungen bezüglich des Familienlebens.

4. Während des Krankenhausaufenthaltes entwickelte Vorstellungen über anschließende Änderungen des Familienlebens.

Zu 5. 3. 3. 1.

- Von den Patientinnen fühlten sich durch das Familienleben ausgefüllt:

Tabelle 15:

	ja	nein	berufstätig
Gr. d. Pat. m. Col.-Ka.	8	0	12
Gr. d. Pat. m. Ov.-Ka.	7	0	13
Pat. d. Kontrollgruppe	10	1	9

Der Wunsch nach beruflicher Betätigung bestand nur bei einer Patientin aus der Gruppe mit Collum-Karzinom, jedoch bei keiner Patientin aus der Gruppe der Patientinnen mit Ovarial-Karzinom oder der Kontrollgruppe.

Es zeigt sich, möglicherweise durch den familiären Status bedingt, eine größere Häufung der Berufstätigkeit in den beiden Gruppen mit Karzinomerkrankungen. Gleichzeitig dürfte bei berufstätigen Frauen eine psychische oder

physische Überbelastung eher zu finden sein, als bei sogenannten 'Nur-Hausfrauen'. Mit der 'Nur-Hausfrauen-Rolle' waren bis auf eine Patientin der Gruppe mit Collum-Karzinom alle Betroffenen zufrieden.

Tabelle 16: Das Familienleben entsprach im großen und ganzen den Vorstellungen, die sich die Patientinnen vor der Heirat gemacht hatten:

	ja	nein	keine Familie
Gr. d. Pat. m. Col.-Ka.	9	5	6
Gr. d. Pat. m. Ov.-Ka.	8	2	10
Pat. d. Kontrollgruppe	12	7	1

Die Patientinnen der Gruppe mit Ovarial-Karzinom scheinen im wesentlichen mit ihrem Familienleben zufrieden zu sein. In den beiden anderen Gruppen hingegen waren die Vorstellungen bei rund 30 % anders, als sich das Familienleben heute darstellt.

In der Gruppe der Patientinnen mit Ovarial-Karzinom äußerte keine der alleinstehenden Patientinnen den Wunsch nach einer Familie. Dieser Punkt wird später beim Interviewthema Partnerwahl/-findung erklärt.

Daß es im familiären Wirkungsfeld Aspekte gab, welchen die Patientinnen besondere, subjektiv über der Norm stehende Aufmerksamkeit gewidmet haben, gab nur eine Patientin aus der Gruppe mit Collum-Karzinom an.

Tabelle 17: Besondere Ziele bezüglich des Familienlebens hatten:

	ja	nein	entfällt
Gr. d. Pat. m. Col-Ka.	1	13	6
Gr. d. Pat. m. Ov.-Ka.	0	10	10
Pat. d. Kontrollgruppe	0	19	1

Zusammenfaßend kann festgehalten werden:

- Fast alle Patientinnen, ob berufstätig (34) oder nicht (25) fühlten sich durch Familie oder Beruf und Familie ausgefüllt.

- Eine Diskrepanz zwischen den Vorstellungen vor der Heirat und dem bestehenden Familienleben bestand bei 5 Patientinnen der Gruppe mit Collum-Karzinom (von 14), 2 Patientinnen der Gruppe mit Ovarial-Karzinom (von 10), 7 Patientinnen der Kontrollgruppe (von 19).

- Von fast keiner Patientin (n = 59) wurden Aspekte ihres Familienlebens als nicht dem Durchschnitt entsprechend empfunden.

Tabelle 18: Mit dem Beruf des Ehemannes/Freundes waren zufrieden:

	ja	nein
Gr. d. Pat. m. Col.-Ka.	10	3
Gr. d. Pat. m. Ov.-Ka.	11	0
Pat. d. Kontrollgruppe	15	4

Auch hier äußerten wiederum ca. 25 - 30 % der Patientinnen aus der Gruppe mit Collum-Karzinom und der Kontrollgruppe Kritik, was in Zusammenhang mit den Ergebnissen aus Tabelle 16 stehen könnte. Die Kritik bezog sich jedoch hauptsächlich auf Äußerlichkeiten. Weiterhin kann aus Tabelle 18 geschlossen werden, daß die Patientinnen im wesentlichen auch mit dem sozio-ökonomischen Status des Ehemannes oder des Freundes zufrieden waren. Berücksichtigt man außer dem, daß sich die Kritik auf Äußerlichkeiten beschränkte, so akzeptierten alle verheirateten Patientinnen ihren Status.

- Wesentliche Unzufriedenheit mit dem erreichten, sozio-ökonomischen Status wurde nicht geäußert (n = 59).

Zu 5. 3. 3. 2.

Tabelle 19: Von den verheirateten Patientinnen waren der Ansicht, daß sich der Ehemann mehr für den Beruf als für die Familie interessiere:

	Beruf	Familie
Gr. d. Pat. m. Col.-Ka.	2	11
Gr. d. Pat. m. Ov.-Ka.	3	8
Pat. d. Kontrollgruppe	4	15

Unterschiede zwischen den Gruppen dürften zufälliger Art sein. Der Prozentsatz der Ehemänner insgesamt, der sich mehr für den Beruf interessiert , lag bei 27,5 %; davon bei der

Gr. d. Pat. m. Col-Ka.	18 %
Gr. d. Pat. m. Ov.-Ka.	37,5 %
Pat. d. Kontrollgruppe	27 %

Auf die Frage, ob die Beanspruchung des Mannes durch den Beruf so groß sei, daß nicht mehr genügend Zeit für die Familie bleibe, ergab sich:

Tabelle 20:	ja	nein
Gr. d. Pat. m. Col-Ka.	2	11
Gr. d. Pat m. Ov.-Ka.	1	10
Pat. d. Kontrollgruppe	3	16

Tabelle 21 veranschaulicht, daß alle Frauen subjektiv den Eindruck hatten, ihre Männer seien mit dem Familienleben zufrieden:

Tabelle 21:

	ja	nein
Gr. d. Pat. m. Col-Ka.	13	0
Gr. d. Pat. m. Ov.-Ka.	11	0
Pat. d. Kontrollgruppe	18	1

Zusammengefa·t liegt also der Prozentsatz der Ehepartner, welcher sich eher für den Beruf interessiert, bei allen Gruppen vergleichbar, bei 20 - 30 %. Nur eine Patientin (aus der Kontrollgruppe) hatte den Eindruck, ihr Mann sei mit dem Familienleben nicht zufrieden.

Zu 5. 3. 3. 3.

Nicht realisierte Wünsche im Hinblick auf das Familienleben hatten:

Tabelle 22:

	ja	nein
Gr. d. Pat. m. Col-Ka.	1	12
Gr. d. Pat. m. Ov.-Ka.	0	11
Pat. d. Kontrollgruppe	5	14

Wiederum wurde von keiner Patientin der Gruppe mit Ovarial-Karzinom irgend ein nicht realisierter Wunsch geäußert. Gegenstand der Wünsche waren bei den Patientinnen der Kontrollgruppe und bei den Patientinnen der Gruppe mit Collum-Karzinom:

- Kinderwunsch 2 mal
- Weniger berufliche oder private Beanspruchung des Ehemannes 2 mal
- Bessere Harmonie mit dem Lebenspartner 2 mal
- Materielle Forderungen 1 mal.
  (Doppelte Nennung einer Patientin bei Punkt 2 u. 3)

Zu 5. 3. 3. 4.

Die Frage, ob eine Patientin in ihrem Familienleben nach der Krankenhausentlassung etwas ändern wolle, wurde mit der Absicht gestellt, Information darüber zu erhalten, ob der Krankenhausaufenthalt, einschließlich Diagnose und Therapie, auf das Ausmaß der Selbstkritik, der Fehlereinsicht oder der Selbstbeschuldigung Einfluß hat.

Tabelle 23: Grundsätzliches am Familienleben ändern wollten:

Gr. d. Pat. m. Col-Ka.	0
Gr. d. Pat. m. Ov.-Ka.	1
Pat. d. Kontrollgruppe	2

Die Patientin der Gruppe mit Ovarial-Karzinom gab an, eine gesündere Lebensweise einhalten zu wollen, ebenso eine Patientin aus der Kontrollgruppe. Die dritte Patientin gab an, nicht befriedigende eheliche Verhältnisse bereinigen zu wollen.

Insgesamt scheint aber der Krankenhausaufenthalt im oben beschriebenen Sinne keinen Einfluß/-schnitt für das später zu erwartende Familienleben zu bedeuten. Andererseits kann dieses Ergebnis verfälscht sein durch: 1. Verschweigen, 2. die Unfähigkeit, durch den Krankenhausaufenthalt bedingte Verhaltensänderungen intellektuell zu erkennen und sie damit verbalisieren und kommunizieren zu können.

5. 3. 4.

- Nachdem, wie oben beschrieben, der Krankenhausaufenthalt (mit Diagnose und Therapie) auf das persönliche-familiäre Leben keinen Einfluß zu haben scheint, wurde allgemeiner gefragt, ob die Patientinnen Pläne für die Zeit nach ihrer Entlassung gefaßt hätten:

Tabelle 24: Pläne nach der Entlassung hatten:

	ja	nein
Gr. d. Pat. m. Col-Ka.	7	13
Gr. d. Pat. m. Ov.-Ka.	10	10
Pat. d. Kontrollgruppe	3	17

Zunächst fällt auf, daß in den beiden Karzinomgruppen knapp die Hälfte der Patientinnen angab, besondere Pläne zu haben. Inhalt dieser Pläne war in der

Gruppe der Patientinnen mit Collum-Karzinom 6 mal, in der Gruppe der Patientinnen mit Ovarial-Karzinom 7 mal Urlaub beziehungsweise Erholung. 3 Patientinnen aus der Gruppe mit Ovarial-Karzinom wollten sich mehr um ihre Kinder kümmern, 1 Patientin aus der Gruppe mit Collum-Karzinom freute sich darauf, in ihrem Familienbetrieb wieder mitarbeiten zu können. In der Kontrollgruppe hatte eine Patientin vor, sich physisch weniger zu belasten, zwei weitere Patientinnen wollten in Erholung gehen. Berücksichtigt man jedoch, daß in den Karzonom-Gruppen seitens des Therapieplanes ein 3-wöchiger Erholungsaufenthalt nach Abschluß der stationären Behandlung vorgesehen ist, so scheinen sich auch bei dieser Frageform keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Gruppen zu ergeben.

Der Krankenhausaufenthalt mit der psychischen Belastung durch Diagnose und Therapie, mit der dadurch eventuell verbundenen, verkürzten Lebenserwartung oder der Möglichkeit des chronischen Krankseins hatte also in der Vorstellung der Patientinnen keinen Einfluß auf die geplante, nähere Zukunft oder auf das familiäre Leben.

- Im Rahmen des Interviews konnte aus zeitlichen Gründen nicht genau auf Ausmaß, Intensität oder Intention von sozialem, außerfamiliärem Kontakt eingegangen werden. Jedoch sollte schematisch erfaßt werden, ob überhaupt ein außerfamiliärer Bekanntenkreis besteht und geschätzt wird.

5. 3. 5.

Tabelle 25: Einen Bekanntenkreis zu haben und zu schätzen, gaben an:

	ja	nein
Gr. d. Pat. m. Col-Ka.	14	6
Gr. d. Pat. m. Ov.-Ka	7	13
Pat. d. Kontrollgruppe	8	12

Die Patientinnen ohne Bekanntenkreis waren alle der Meinung, hierauf verzichten zu können.

Die Gruppe der Patientinnen mit Collum-Karzinom hebt sich von den beiden anderen Gruppen als deutlich kontaktfreudiger ab. Dieser Effekt wird noch dadurch verstärkt, daß in den beiden Karzinomgruppen mehr Patientinnen ohne Familie angetroffen wurden.

- Der Fragenkomplex nach einer möglichen Erkrankungsursache wurde ausgewählt, um Voreinstellungen zur eigenen Krankheit, Erwartungen aus Ähnlichkeitsanschlüssen und Spekulationen der einzelnen Patientinnen über ihre Erkrankungsursache in Erfahrung zu bringen. An der Universitäts-Frauen-Klinik Tübingen werden Karzinompatientinnen nur dann über ihre Krankheit völlig aufgeklärt, wenn sie dies ausdrücklich wünschen. Vorneweg gestellt werden soll, daß alle Patientinnen im persönlichen Gespräch dem Untersucher zutreffend, über die Gut-/ oder Bösartigkeit ihrer Erkrankung zu unterrichten wußten. Dies ist umso erstaunlicher, da die behandelnden Stationsärzte nur ca. 50 % der Karzinompatientinnen persönlich und wissentlich aufklärten.

5. 3. 6.

Tabelle 26: Zunächst wurde gefragt, ob im außerklinischen Bekanntenkreis ähnliche Erkrankungen aufgetreten seien:

	ja	nein
Gr. d. Pat. m. Col-Ka.	5	15
Gr. d. Pat. m. Ov.-Ka.	7	13
Pat. d. Kontrollgruppe	7	13

Tabelle 27: Von diesen Erkrankungen seien schlecht/gut verlaufen:

	schlecht	gut	fraglich
Gr. d. Pat. m. Col-Ka.	2	2	1
Gr. d. Pat. m. Ov.-Ka.	5	20	2
Pat. d. Kontrollgruppe	1	6	-

Was unter schlecht zu verstehen sei, wurde verständlicherweise nicht gefragt.

Die Patientinnen der Gruppe mit Ovarial-Karzinom verglich sich somit am deutlichsten mit Erkrankten, deren Krankheitsverlauf chronisch oder letal war, während die Gruppe der Patientinnen mit Collum-Karzinom etwa gleich häufig gute und schlechte Krankheitsverläufe angaben.

Tabelle 28: Nach der subjektiven Erkrankungsursache befragt, gaben an, eine solche zu vermuten:

	ja	nein
Gr. d. Pat. m. Col-Ka.	8	12
Gr. d. Pat. m. Ov-Ka.	6	14
Pat. d. Kontrollgruppe	12	8

- Gruppe der Patientinnen mit Collum-Karzinom

Seelische Belastungen	6 mal
schwere Arbeit	1 mal
orale Antikonzeptivaeinnahme	1 mal

- Gruppe der Patientinnen mit Ovarial-Karzinom

Seelische Belastungen	2 mal
gynäkol. Vorerkrankungen	2 mal
schwere Arbeit	1 mal
altersbedingt	1 mal
Umweltgifte	1 mal

- Patientinnen der Kontrollgruppe

Forcepsgeburt und Multiparität	4 mal
seelische Belastungen	4 mal
schwere Arbeit	2 mal
Lues in der Anamnese	1 mal

Zutreffend wurde Multiparität in der Kontrollgruppe (s. o.) am häufigsten genannt.

Erstaunlich war, daß knapp die Hälfte der Patientinnen die Ursache ihrer Krankheit in der seelischen Belastung sehen. Unterschiede zu den Gruppen ergaben sich dabei kaum. Offensichtlich stellten sich bei diesen Patientinnen die primären, weiblichen Geschlechtsorgane als Projektionsorgane für seelische Belastungen dar. Diese Organe kommen also wohl für "psychosomatische Erkrankungen" in Betracht.

Die Interpretation der restlichen Angaben erübrigt sich der geringen Nennung wegen.

- Wie in der Einleitung bereits erwähnt, fanden zahlreiche Autoren Auffälligkeiten bezüglich der sexuellen Entwicklung und der Bedeutung von Sexualität bei Karzinompatienten.

Zunächst wurde gefragt, wie der Ehemann auf die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung reagiert habe. Abgesehen von Traurigkeit, Mitleid oder Besorgnis wurde von den Patientinnen aller Gruppen keine Befürchtungen seitens des Ehemannes angegeben. Insbesondere wurden durch den Ehemann keine Befürchtungen oder Erwartungen bezüglich des künftigen Sexuallebens verbalisiert.

Auch die Patientinnen äußerten in dieser Richtung keine Befürchtungen.

Hinsichtlich des Alters beim ersten, sexuellen Kontakt ergab sich Folgendes:

Tabelle 29: Kohabitation im Alter von:

Alter:	Gr. d. Pat. m. Col-Ka.	Gr. d.Pat. m. Ov.-Ka.	Pat. der Kontr.Gr.
16	3	1	1
17	1	3	3
18	7	4	1
19	2	2	2
20	3	0	2
21	0	4	2
22	1	1	1
23	0	1	1
24	3	1	2
25	0	1	1
älter 25	0	2	4

Damit ergibt sich ein Durchschnittsalter von:

Gr. d. Pat. m. Col.-Ka.:	19,15 Jahre
Gr. d. Pat. m. Ov.-Ka. :	20,50 Jahre
Pat. d. Kontrollgruppe :	21,55 Jahre

Tabelle 30: Weiter wurde gefragt, ob der erste intime Kontakt mit dem späteren Ehemann stattgefunden habe oder mit einem anderen Mann:

	Ehemann	anderer Mann
Gr. d. Pat. m. Col.-Ka. :	11	9
Gr. d. Pat. m. Ov.-Ka. :	17	3
Pat. d. Kontrollgruppe:	13	7

- Die Gruppe der Patientinnen mit Collum-Karzinom und die Patientinnen der Kontrollgruppe scheinen etwa in gleichem Maße den ersten sexuellen Kontakt nicht mit dem späteren Ehemann aufgenommen zu haben. Die etwas höhere Anzahl der Patientinnen mit Collum-Karzinom ist wahrscheinlich Folge des jüngeren Altes bei der ersten Kohabitation. Daß 17 Patientinnen der Gruppe mit Ovarial-Karzinom mit ihrem späteren Ehemann den ersten intimen Kontakt hatten, scheint diese Gruppe doch deutlich von den beiden anderen abzugrenzen. Dieser Befund verliert auch durch die Tatsache nicht an Gewicht, daß 6 Patientinnen der Gruppe mit Ovarial-Karzinom zum Zeitpunkt der Befragung keinen Sexualpartner hatten oder bereits verwitwet waren.

Bei den Patientinnen der Gruppe mit Collum-Karzinom scheint die Verknüpfung erster Sexualpartner = späterer Ehemann weniger deutlich.

Ähnliche Befunde ergaben sich bei der Frage, ob die Patientinnen mit einem oder mehr als einem Mann intime Kontakte unterhielten.

Tabelle 31: Zahl der Intimpartner:

	1	mehr als 1
Gr. d. Pat. m. Col.-Ka.	9	11
Gr. d. Pat. m. Ov.-Ka.	13	7
Pat. d. Kontrollgruppe	12	8

Die Verschiebungen erklären sich durch Scheidungen, Tod des ersten Sexualpartners u. ä.

Auch hier findet sich bei den Patientinnen mit Collum-Karzinom die deutlich größere Ziffer, diesmal im Unterschied zu den beiden anderen Gruppen.

Tabelle 32: Die Dauer der Beziehungen mit dem Mann, mit dem erste intime Beziehungen aufgenommen wurden, wurde wie folgt angegeben:

	weniger als 1 Jahr	länger als 1 Jahr	bis zu dessen Tod
Gr. d. Pat. m. Col-Ka.	7	3	10
Gr. d. Pat. m. Ov.-Ka.	1	7	12
Pat. d. Kontrollgruppe	7	1	12

Hier wiederum hebt sich die Gruppe der Patientinnen mit Ovarial-Karzinom deutlich von den beiden anderen ab. Nur eine Patientin der Gruppe mit Ovarial-Karzinom gab an, mit ihrem ersten Sexualpartner eine gleich oder weniger als 1 Jahr dauernde Beziehung gehabt zu haben. Beschreibend sei der Ausdruck "oberflächlich" in Beziehung zu den ersten Sexualkontakten der beiden anderen Gruppen erlaubt.

Tabelle 33: Der Zeitpunkt der Aufnahme des ersten sexuellen Kontakts wurde von den Patientinnen folgendermaßen eingeschätzt:

	zu früh	gerade richtig	zu spät
Gr. d. Pat. m. Col-Ka.	4	16	0
Gr. d. Pat. m. Ov.-Ka.	1	19	0
Pat. d. Kontrollgruppe	3	15	2

Am wenigsten bedauerte hier die Gruppe der Patientinnen mit Ovarial-Karzinom den Zeitpunkt des ersten sexuellen Kontakts. Dies ist möglicherweise damit zu erklären, daß die ersten sexuellen Kontakte fast ausschließlich in einer länger dauernden, "intensiven" Beziehung aufgenommen wurden.

Die Patientinnen der Kontrollgruppe scheinen also insgesamt bezüglich der Sexualanamnese "zwischen" den beiden Karzinom-Gruppen zu liegen.

Die größte Häufigkeit sexueller Kontakte zu verschiedenen Partner, fand sich in der Gruppe der Patientinnen mit Collum-Karzinom.

In der Gruppe der Patientinnen mit Ovarial-Karzinom scheint die Verknüpfung erster Sexualpartner = späterer Ehemann am stärksten ausgeprägt gewesen zu sein. In den Fällen, in denen der erste Sexualpartner durch äußere Umstände nicht der spätere Ehemann wurde, verzichteten die Patientinnen entweder ganz auf sexuellen Kontakt, oder aber knüpften nur dann eine Beziehung an, wenn diese sich im Nachhinein als länger dauernd erwies.

Nochmals hervorzuheben ist, daß eine venerische Vorerkrankung nur bei einer Patientin aus der Kontrollgruppe in Form einer Lues gefunden wurde.

6. Diskussion

Die Ergebnisse sollen nun an Hand der aufgestellten Arbeitshypothesen diskutiert werden.

6. 1. Hypothese 1

Die Hypothese, das aktuelle, durch Fragebögen erfaßbare Persönlichkeitsbild unterscheide Karzinompatienten von Nichtkarzinomkranken, konnte nicht bestätigt werden.

Alle Gruppen lieferten in allen Unterskalen vergleichbare Ergebnisse (N-Scores, E-Scores, L-Scores). Die Befunde sind nicht unbedingt denen von Eysenck (1959 & 1964) vergleichbar, die er an der normalen, englischen und amerikanischen Bevölkerung ermittelt hat.

Zunächst ist für die N-Scores, sowie die E-Scores die sehr große Standardabweichung bemerkenswert. So umfaßt die Standardabweichung der N-Skala Personen, deren N-Wert wesentlich unter dem für Normale angegebenen liegt, ebenso wie Delinquenten und Hysteriker. Besonders die letzteren sollten sich,die Validität des Fragebogens vorausgesetzt, in der neurotischen Tendenz von Normalpersonen unterscheiden. Trägt man alle Patientinnen in das von Eysenck in der Versuchsanleitung angegebene Schaubild (1959) ein, so werden in fast allen Gruppen sämtliche Positionen besetzt, teilweise müßte das Schaubild sogar erweitert werden. Dieser Befund entspricht nicht der Erwartung, da keine Patientin bis zum Zeitpunkt der Untersuchung psychiatrisch aufgefallen war.

Die hohen Mittelwerte bezüglich des L-Scores in allen drei Gruppen, müssen durch die Fragebogenergebnisse im Sinne einer Simulation angezweifelt werden. Dieser Befund ist ebenfalls unerwartet und entspricht in keiner Weise dem persönlichen Eindruck während der

Befunderhebung.

Es sei deshalb auf mögliche Faktoren, welche die Ergebnisse erklären könnten, eingegangen:

- Ist die Validität der Fragebögen gesichert, so müßten sich unter der normalen Bevölkerung auch psychiatrisch auffällige, abnorme Persönlichkeiten finden.

- Die Validität der Fragebögen besteht für den deutschen Sprachraum nicht.

Gründe: a) Die im anglo-amerikanischen Sprachraum vorgenommene Validierung ist nur für dortige Verhältnisse gegeben.

b) Sowohl wegen semantischer, als auch wegen religiös-moralisch-ethischer Barrieren sind die Fragebögen auf die untersuchten Gruppen nicht anwendbar.

Die Untersuchung wurde an Frauen aus dem überwiegend ländlichen Einzugsraum der Universitäts-Frauen-Klinik Tübingen vorgenommen. Zur Erläuterung obengenannter Barrieren seien deshalb einige Fragen beispielhaft herausgegriffen:

semantische: Tischmanieren (MMQ),... Gesuch zur Herabsetzung der Einkommenssteuer ... (MMQ), ... miserabel .... (MMQ & MPI), ... konzentrieren (MPI), ... Perioden ... (deutsch = Zeiten, umgangssprachlich = Monatsblutung, MPI) ... gemeinsame Aktionen ... (MPI), ... konzentrierte Aufmerksamkeit auf Details (MPI).

religiös-moralisch-ethische : ... bekomme ich leicht Lampenfieber, wenn ich etwas aufsagen muß (MMQ), ... nervös, zappelig

und fahrig (ländl. Bevölkerung, Alter 44 Jahre, MMQ), ... zu spät zu einer Verabredung (Assoziation mit Rendezvous), zur Schule oder zur Arbeit (MMQ), ... erzähle ich gerne eine kleine Lüge (MMQ) ... lache ich über einen unanständigen Witz (MMQ), ... träume tagsüber ... (MPI), Versenken sie sich gerne in Träumereien (MPI), ... Gefühl der Teilnahmslosigkeit und Müdigkeit (MPI), ... in Gegenwart des anderen Geschlechts leicht schüchtern (MPI).

Der subjektive Eindruck bei der Untersuchung war, daß die Patientinnen teils die Formulierungen nicht verstanden, teils waren sie zu gehemmt oder auch zu undifferenziert, um entsprechende Fragen zu beantworten. Dadurch sind fehlerhafte Ergebnisse zwangsläufig möglich und nicht im Sinne einer Simulation uninterpretierbar. Es erübrigt sich also auch, auf die Befunde der eingangs zitierten Autoren einzugehen.

Mit Hilfe der Fragebögen MPI und MMQ war es nicht möglich, die untersuchten Gruppen gegeneinander abzugrenzen. Durch die oben angeführte Kritik muß die Anwendbarkeit der Fragebögen im ländlichen, deutschen Sprachraum allgemein in Frage gestellt werden. Ob der theoretische Ansatz von Eysenck zutreffen mag, sei dahingestellt; seine Ergebnisse konnten jedenfalls nicht bestätigt werden.

6. 2. Hypothese 2

Hypothese 2 wurde mittels des semantischen Differentials überprüft. Eine eindeutige Antwort ergab sich nicht,allerdings zeichnen sich gewisse Tendenzen ab, auf die nun näher eingegangen werden soll.

Wie in den Erklärungen schon erwähnt, beeinflussen Persönlichkeitseigenschaften des Kindes ebenso wie die der Patientin die Ergebnisse des semantischen Differentials bei dem Begriff: Mein mir ähnlichstes Kind.

Die Patientinnen der Kontrollgruppe, mit druchschnittlich mehr Kindern als die beiden Karzinomgruppen, sehen an ihren Kindern und auch an sich Persönlichkeitseigenschaften wie Durchsetzungswillen und Kraft. Diese Eigenschaften setzen im allgemeinen Selbstbewußtsein und Selbstsicherheit voraus. Diese Ergebnisse wurden durch die gefundenen Korrelationen bestätigend ergänzt, so daß angenommen werden kann, daß diese Persönlichkeitseigenschaften die Patientin, wie deren Kind, von den anderen Gruppen abgrenzt.

Die Gruppe der Patientinnen mit Ovarial-Karzinom mit den aus den Extremwerten abgeleiteten Eigenschaften wie emotionale Wärme, Submission und Angepasstheit, sowie den aus dem Korrelationsmuster entnommenen Eigenschaften emotionale Wäre und Angepasstheit, steht im Gegensatz zur Kontrollgruppe. Wendet man die Definition der Substabilität von Hagnell an, so scheint sie nahezu vorbehaltlos anwendbar: warm, herzlich, konkret, geschäftig usw.... Weiter gefaßt könnte aus der Eigenschaft Substabilität auch gefolgert werden, daß Selbstsicherheit und Selbstbewußtsein nicht sehr ausgeprägt sind. Ob hierfür tiefere, psychische Schichten eine Rolle spielen,

wurde in der vorliegenden Arbeit nicht erfaßt, sie können jedoch nicht ausgeschlossen werden. Denkbare Hintergründe wären Angst und Depression (Blumberg und Booth), Schuld und Selbsthaß (Le Shan & Worthington), ein Gefühl der Ausweglosigkeit und Sinnlosigkeit (Baltruch).

Der andere, wichtige Aspekt bei der Besprechung der Ergebnisse für diese Gruppe ist die absolut größte Zahl der Extremwerte, die zahlreichsten Korrelationen, sowie das dichteste Korrelationssystem über alle Gruppen und Begriffe. Die Mehrzahl der Patientinnen unterscheidet sich und ihre Kinder durch die oben angeführten Eigenschaften deutlich und ausgeprägt von den anderen Gruppen. Zum einen müssen somit in der Persönlichkeit der Kinder wie der Patientinnen die Eigenschaft emotionale Wärme, Angepasstheit und Submission eine große Rolle spielen, zum anderen scheinen innerhalb der Gruppe, auf Grund des Korrelationssystems, relativ uniforme Vorstellungen über die Persönlichkeit des ähnlichsten Kindes zu bestehen. Nachgewiesen werden kann eine Projektion der Persönlichkeitseigenschaften der Patientinnen auf die Kinder mit den vorliegenden Methoden nicht, durch die Gleichmäßigkeit der Beantwortung kann eine solche jedoch vermutet werden. Die Gruppe der Patientinnen mit Collum-Karzinom, die bei diesem Begriff sehr wenige Assoziationen und Extremwerte aufweisen, scheint, wie dies auch aus dem Interview hervorgeht, innerhalb der Gruppe sehr unterschiedliche Zuordnungen getroffen zu haben, so daß auf ein auffälliges, durchgängiges Gruppenkonzept nicht geschlossen werden kann. Zum einen heben sie sich also deutlich von der Kontrollgruppe ab, zum anderen, und dies genauso bermerkenswert, von der Gruppe der Patientinnen mit Ovarial-

Karzinom. Obwohl bei beiden Karzinomgruppen eine relativ unkritische Einstellung zu den eigenen Kindern, bzw. deren Erziehung bestand, fällt bei den Patientinnen mit Collum-Karzinom das völlige Fehlen abgrenzender Persönlichkeitsmerkmale besonders auf. Als Erklärung mag in Betracht kommen, daß diese Patientinnen bezüglich ihrer Persönlichkeit weder eine einheitliche Einschätzung noch eine einheitliche Projektion auf ihre Kinder vorgenommen haben. Da es sich, nach dem Interview zu schließen, um relativ kritiklose Patientinnen handelt, trifft wohl weniger der Schluß zu, es handle sich um Frauen mit besonders differnzierten Vorstellungen, sonder vielmehr scheint sich die Vermutung zu bestätigen, daß dieses persönliche Wirkungsfeld bei Patientinnen mit Collum-Karzinom generell eine untergeordnete Rolle spielt. Hierin würden sich die beiden Karzinomgruppen deutlich voneinander unterscheiden. Trotzdem können bei beiden Gruppen dieselben psychischen Hintergründe vorliegen, die lediglich in verschiedener Weise zum Ausdruck kamen.

Nach der Auswertung des semantischen Differentials beim Begriff Ehemann, ergab sich folgendes:

In der Kontrollgruppe finden sich in den Extremwerten Adjektive ausgesprochen männlicher Tönung, die Durchsetzungswillen, Dominanz und aktive Gestaltung ausdrücken. Es fanden sich jedoch nur sehr wenige Korrelationen, was in dieser Gruppe am ehesten auf unterschiedliche Assoziationen zurückgeführt werden kann. Zum einen verbindet diese Gruppe also ausgesprochen männliche Eigenschaften mit dem vorgegebenen Begriff, was bei den anderen Gruppen nicht unbedingt der Fall war, zum anderen scheinen die Eigenschaften der Ehemänner innerhalb

der Gruppe so unterschiedlich zu sein, daß sich zahlenmäßig nur sehr wenige Korrelationen ergeben.

Die Gruppe der Patientinnen mit Ovarial-Karzinom sieht an ihren Männern eher die Eigenschaften der emotionalen Wärme, Ordnung, Geborgenheit und Fröhlichkeit, Eigenschaften also, die als vom Geschlecht unabhängig zubezeichnen sind. Diese Eigenschaften bilden auch den Mittelpunkt des Korrelationssystems. Die Gruppe der Patientinnen mit Ovarial-Karzinom setzt sich zu den Patientinnen der Kontrollgruppe also deutlich ab; es drängen sich als Assoziationen eher Anhänglichkeit, Anlehnungsbedürfnis, Geborgenheit und Ordnung auf. Begriffe, die ihrerseits Rückschlüsse auf die Persönlichkeit der Patientinnen mit Ovarial-Karzinom erlauben.

Die Patientinnen mit Collum-Karzinom fanden an ihren Ehemännern Eigenschaften wie Milde, Ruhe und Unterwürfigkeit. Die Gruppe weist bei diesem Begriff ihre größte Anzahl korrelierender Adjektive auf, wobei die Adjektive, die aus den obigen Eigenschaften abgeleitet werden können, miteinander in Beziehung standen. Aus beiden Befunden zusammen kann abgeleitet werden, daß die Patientinnen mit Collum-Karzinom ihren Ehemännern eher Eigenschaften wie Toleranz, Passivität oder Unterordnung zuordnen. Es kann hierbei nicht entschieden werden, ob diese Eigenschaften der Ehemänner mit der Sexualanamnese der Patientinnen in Verbindung gebracht werden können, ebensowenig ob die Wahl eines Ehemannes mit solchen Eigenschaften Folge bestimmter Erwartungshaltungen bei den Patientinnen war. Derartige Erwartungshaltungen der Patientinnen mit Collum-Karzinom könnten umgekehrt wiederum eine bestimmte Sexualanamnese bei diesen Patientinnen bedingen. Diese würde natürlich zwangsläufig eine stärkere Expostion

der Patientinnen bezüglich den eingangs erwähnten Risikofaktoren bedingen. Hier taucht dann aber die Frage auf, ob die Kausalität der Karzinogenese bei den Risikofaktoren oder der psychischen Disposition der Patientin beginnt, zumal die in der Literatur berichteten Risikofaktoren nur andeutungsweise, wenn überhaupt, in der vorliegenden Arbeit wiedergefunden wurden.

Auch beim Begriff Ehemann heben sich die Einschätzungen der beiden Karzinomgruppen deutlich, wenn auch nicht signifikant, von denen der Kontrollgruppe ab. Die Patientinnen mit Collum-Karzinom sehen darüber hinaus Eigenschaften an ihren Ehemännern, die möglicherweise mit der Sexualanamnese dieser Patientinnen in Verbindung gebracht werden können.

Bei dem vorgegebenen Begriff Familie scheinen alle Gruppen ähnliche Assoziationen gehabt zu haben. So finden sich auch in den Extremwerten keine gegensätzliche Nennungen unter den Gruppen.

Die Patientinnen der Kontrollgruppe zeigen nur 2, nicht weiter interpretierbare, Extremwerte, die korrelierenden Adjektive weisen auf Geborgenheit hin, was nicht verwundert.

Bei der Gruppe der Patientinnen mit Ovarial-Karzinom hingegen finden sich eine große Anzahl von Extremwerten und ein sehr dichtes Korrelationssystem. Wenn die Extremwerte und Korrelationen auch nicht in eine qualitativ andere Richtung zeigen als bei den anderen Gruppen, so ist doch von der Quantität her ein deutlicher Unterschied festzustellen. Der Aspekt der Familie als Ort der Geborgenheit, erscheint in dieser Gruppe betont. Für diese Betonung bestehen möglicherweise 2 Erklärungen:

Die eine wäre, daß es sich um einen Zufallsbefund handelt, die andere, daß dieses verstärkte Bedürfnis aus den Persönlichkeitseigenschaften resultiert, die die in der Einleitung erwähnten Autoren bei Karzinompatienten beobachteten. Es handelte sich dabei um Persönlichkeitseigenschaften wie: Gefühle der Ausweglosigkeit und Sinnlosigkeit des eigenen Daseins, der Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit, sowie der Angst und Depression. Die Annahme, daß sich derartige Persönlichkeitseigenschaften über ein verstärktes Bedürfnis nach Geborgenheit äußern könnten, scheint denkbar.

Die Patientinnen mit Collum-Karzinom zeigen weder in quantitativer noch qualitativer Hinsicht Ergebnisse, die sie von den anderen Gruppen abgrenzen, so daß eine Interpretation nicht möglich ist.

6. 3. Hypothese 3

Zur Überprüfung dieser Hypothese wurde als direkter Test das klinische Interview gewählt; als indirekter Test das semantische Differential.

Wie bereits aus Ergebnissen hervorgeht, fanden sich bei der direkten Befragung keine Unterschiede zwischen den Gruppen. Besondere Zukunftserwartungen hatten die beiden Karzinom-Gruppen nicht. Eine anschließende Erholungskur war durch den Therapieplan bereits vorgeschrieben. Im Gegensatz zu den Befunden der Literatur (s. auch König U. 1975) wurden durch die Karzinompatientinnen keine Gefühle der Depression, Verzweiflung etc. geäußert.

Im semantischen Differntial ist das Ergebnis der Kontrollgruppe bemerkenswert. Eindeutig scheint sie sich von den beiden anderen Gruppen durch die dynamische und differenzierte Beurteilung des Begriffs abzugrenzen. Dies ist aber sicher weniger eine typische Eigenschaft

der Patientinnen der Kontrollgruppe, als vielmehr das Resultat einer etwas vorsichtigeren Beurteilung des Begriffs durch die beiden Karzinomgruppen.

Des Weiteren finden sich in der Gruppe der Patientinnen mit Collum-Karzinom Adjektive, die eher eine im positiven Sinne idealisierte Zukunft ausdrücken, was in der Gruppe der Patientinnen mit Ovarial-Karzinom weniger der Fall war. Wenn also Karzinom-Patientinnen typische Persönlichkeitseigenschaften zukommen würden, im Sinne von Selbsthaß, Verzweiflung, Sinnlosigkeit des eigenen Daseins etc., so könnten diese noch am ehesten bei den Patientinnen mit Ovarial-Karzinom vermutet werden. Bei den Patientinnen mit Collum-Karzinom wären sie höchstens über einen seelischen Mechanismus zu erklären, nämlich daß die etwas überzogen anmutende Idealisierung bzw. die große Anzahl der Extremwerte aus einem nicht Wahrhabenwollen oben angeführter Eigenschaften resultiert (vgl. Klopfer 1957). Dies wurde durch die Testmethoden jedoch nicht erfaßt.

6. 4. Hypothese 4

Die durchgängigste Beobachtung aus der Literatur bei Patientinnen mit Collum-Karzinom hat sich in der vorliegenden Arbeit bestätigt. Bezüglich des Lebensalters bei der Aufnahme des ersten intimen Kontaktes waren die Patientinnen mit Collum-Karzinom mit durchschnittlich 19,15 Jahren eindeutig jünger als die Patientinnen mit Ovarial-Karzinom mit 20,50 Jahren und die Patientinnen der Kontrollgruppe mit 21,55 Jahren. Zu diesem Zeitpunkt jünger als 20 Jahre waren aus der Gruppe der Patientinnen mit Collum-Karzinom 13, aus der Gruppe der Patientinnen mit Ovarial-Karzinom 10 und aus der Kontrollgruppe 4. Im durchschnittlichen Heiratsalter hingegen unterschieden sich die Gruppen

nur unwesentlich: Gruppe der Patientinnen mit Collum-Karzinom 24 Lebensjahre, Gruppe der Patientinnen mit Ovarial-Karzinom 24,43 Lebensjahre und Patientinnen der Kontrollgruppe 24,95 Lebensjahre.

Daß das Lebensalter beim ersten Sexualverkehr, bezüglich des Karzinom-Risikos, eine wichtige Rolle spielt, fanden auch Elliot (1964), Stocks (1955), Jones (1958), Terris & Oalmann (1960) sowie Stern & Dixon (1961). Bei diesen älteren Untersuchungen wurde von der Annahme ausgegangen, daß der Zeitpunkt der Aufnahme des ersten Intimverkehrs dem Heiratsalter gleichgesetzt werden kann. Auch Beral (1972) ging von dieser Annahme aus bezog sich allerdings auf eine Untersuchung von Chessen (1956). Wenn dies auch nicht bestätigt werden kann, vielmehr der Zeitraum zwischen erstem Intimkontakt und erster Heirat rund 4-5 Jahre betrug, so waren die Patientinnen mit Collum-Karzinom doch im Mittel rund 1 1/2 Jahre früher sexuell aktiv als die Patientinnen der Gruppe mit Ovarial-Karzinom und die Patientinnen der Kontrollgruppe.

Bezüglich des ehelichen Status zum Zeitpunkt der Untersuchung ergab sich folgendes:

	Gr. d. Pat. m.Col-Ka.	Gr. d. Pat. m. Ov.-Ka.	Pat. d. Kontr.Gr.
In 1. Ehe noch verheiratet	18	11	19
1. Ehe, aber Ehemann gestorben o. geschied.	0	1	1
2. Ehe	0	2	0
1. u. 2. Ehemann gestorben	1	0	0
nicht verheiratet	1	6	0

Anzumerken ist, daß in der Gruppe der Patientinnen mit Ovarial-Karzinom 2 Patientinnen erst 21 bzw. 25 Jahre alt waren, sodaß die Nichtverheiratung altersbedingt erklärbar ist.

Außerdem befanden sich in der Kontrollgruppe 8 Patientinnen mit Uterus myomatosus, sowie 6 Patientinnen mit Descensus uteri et vaginalis. Beide Erkrankungen nehmen mit steigender Kinderzahl zu; was wiederum teilweise als Gütekriterium für die Stabilität der ehelichen Beziehung gewertet werden kann.

Bei der Gruppe der Patientinnen mit Ovarial-Karzinom war bemerkenswert, daß die wenigsten Patientinnen zum Zeitpunkt der Untersuchung in erster Ehe verheiratet waren. Die Beobachtung von Wheeler & Caldwell (1955) und Tarlau & Smalheiser (1951), daß sich unter Patientinnen mit Collum-Karzinom eher geschiedene oder getrennt lebende Frauen befinden, konnte nicht bestätigt werden.

Dies war eher in der Gruppe der Patientinnen mit Ovarial-Karzinom der Fall. Die statistisch abgesicherte Beobachtung von Elliot (1964), daß sich das Collum-Karzinom-Risiko bei wiederverheirateten Frauen auf das Doppelte erhöhe, kann hier nicht entkräftet werden; jedoch scheint nach der vorliegenden Arbeit die Gruppe der Patientinnen mit Ovarial-Karzinom das größere Erkrankungsrisiko zu haben.

Sollte eine Herpes-Virus Infektion (Josey 1975) ein auslösender Faktor bei der Entstehung eines Karzinoms sein, so stellt sich die Frage nach dem Expositionsrisiko. Dies nimmt sicher mit steigender Anzahl der Sexualpartner zu, welche im wesentlichen von der Anzahl der vorehelichen Partner bestimmt wird.

Die ersten Intimkontakte wurden aufgenommen:

	vorehelich	ehelich
Gr. d. Pat. m. Col.-Ka.	17	3
Gr. d. Pat. m. Ov.-Ka.	14	6
Pat. d. Kontrollgruppe	15	5

Die Gruppe der Patientinnen mit Collum-Karzinom zeigt wiederum eine deutlichere Tendenz zur vorehelichen Aufnahme sexueller Beziehungen.

Uneheliche Kinder hatten: 1 Patientin aus der Gruppe mit Collum-Karzinom und 2 Patientinnen aus der Gruppe mit Ovarial-Karzinom. Hier erscheint praktisch kein Unterschied.

Somit kann, zusammen mit den in den Ergebnissen mitgeteilten Befunden, bestätigt werden, daß Patientinnen mit Collum-Karzinom früher als die beiden Vergleichsgruppen sexuelle Kontakte aufnahmen. Dabei hatten die Patientinnen mit Collum-Karzinom häufiger mit einem anderen als dem späteren Ehemann ihre ersten intimen Erfahrungen gesammelt. Bei 7 der Patientinnen aus der Gruppe mit Collum-Karzinom und der Kontrollgruppe sowie 3 Patientinnen aus der Gruppe mit Ovarial-Karzinom überdauerten die ersten sexuellen Beziehungen nur einige Monate. Ob dies jedoch ausreicht, ein erhöhtes Herpes-Virus-Infektions-Risiko und damit ein erhöhtes Collum-Karzinom-Risiko zu postulieren, erscheint fragwürdig. Mit der Änderung des Sexualverhaltens der letzten Jahre müßte das Collum-Karzinom stark zunehmen. Dies wurde durch mündliche Mitteilungen, wonach dieses Karzinom rückläufig ist, jedoch nicht bestätigt. Somit werden auch die Virus-Theorie und die übrigen Theorien, die auf einen externen Reiz aufbauen, in Frage gestellt. Bezüglich des ehelichen Status fanden sich in der Gruppe der Patientinnen mit Ovarial-

Karzinom die meisten geschiednen, getrennt lebende oder wiederverheiratete Frauen.

Die auffallenden Eigenheiten in Beziehung auf die Sexualität der 3 Gruppen lassen sich folgendermaßen umreißen:

Gruppe der Patientinnen mit Collum-Karzinom:

Frühere sexuelle Aktivität mit mehr Partnern, anfänglich kurzdauernde Beziehungen, später beständige Ehen.

Gruppe der Patientinnen mit Ovarial-Karzinom:

Aufnahme sexueller Beziehungen nach dem 20. Lebensjahr, dann jedoch bevorzugt mit dem späteren Lebenspartner. 40 % der Patientinnen waren nicht verheiratet, geschieden oder verwitwet.

Patientinnen der Kontrollgruppe:

Aufnahme sexueller Beziehungen nach dem 20. Lebensjahr, anfänglich ebenfalls kurzdauernde sexuelle Beziehungen, später beständige Ehen.

Die Patientinnen der Gruppe mit Collum-Karzinom scheinen also, abgesehen vom Lebensalter bei der Aufnahme intimer Beziehungen am ehesten der Kontrollgruppe vergleichbar.

Die Gruppe der Patientinnen mit Ovarial-Karzinom hingegen unterscheidet sich deutlich von den beiden anderen. Diese Patientinnen nahmen sexuelle Beziehungen nur dann auf, wenn diese versprachen, beständig und solid zu sein.

Sexualität scheint somit für die einzelnen Gruppen von unterschiedlicher Bedeutung zu sein.

Die Befunde sind meßbare Bestandteile der Persönlichkeitsentwicklung, wie und mit welchen Konsequenz jedoch eine Kausalität bezüglich Karzinomgenese angeknüpft werden kann, dafür ergaben sich keine Anhaltspunkte.

Bezüglich Kindheit und Jugend fanden sich, zum Teil der Literatur widersprechende Ergebnisse. Wie bereits berichtet, fanden sich in der Gruppe mit Collum-Karzinom und der Kontrollgruppe weniger Trennungen von wichtigen Beziehungspersonen in der Kindheit, als in der Gruppe der Patientinnen mit Ovarial-Karzinom. Ein frühkindliches, emotionales Trauma im Sinne des Verlustes einer wichtigen Beziehungsperson konnte nur in der Gruppe der Patientinnen mit Ovarial-Karzinom nachgewiesen werden. Frühere Untersuchungen (Le Shan & Reznikoff 1960, Le Shan & Worthington, Baltruch 1969) befaßten sich jedoch ausschließlich mit Karzinompatientinnen allgemein. Möglicherweise sind die Befunde in den zitierten Arbeiten durch die unterschiedliche Karzinomlokalisation nicht differenziert genug. Die Stellung in der Kinderreihe brachte wiederum ein auffälliges Ergebnis; in der Gruppe der Patientinnen mit Ovarial-Karzinom war nur eine Patientin das erste Kind ihrer Eltern. Damit könnte ein Faktor für die Einstellung dieser Patientinnen zur Sexualität gefunden sein. Kritik an der eigenen Erziehung wurde in der Kontrollgruppe am häufigsten geübt; sie bezog sich auf Leistung, Moral, Ordentlichkeit und sexuelle Aufklärung. Bei vergleichbaren erzieherischen Anforderungen drückten sich die Patientinnen der beiden Karzinomgruppen wesentlich weniger kritisch über ihre Erziehung aus. Somit stellt sich die Frage, ob und wie diese Zurückhaltung interpretiert werden kann. Wie noch in anderm Zusammenhang gezeigt werden konnte, scheint es eine Eigenheit der Karzinomgruppen zu sein, belastende Anforderungen zwar zu empfinden, die Auseinandersetzung hiermit jedoch nicht zu verbalisieren, sondern sich vielmehr den Gegebenheiten zu fügen. Reznikoff (1955) fand, daß bei Mamma-Karzinom-Patientinnen die Kindheit von vielen Verantwortlichkeiten, insbesondere für jüng-

ere Geschwister, geprägt war. Bei den in der vorliegenden Arbeit erfaßten Gruppen war dies in der Gruppe der Patientinnen mit Collum-Karzinom überhaupt nicht der Fall, dagegen in der Gruppe der Patientinnen mit Ovarial-Karzinom und in der Kontrollgruppe recht häufig. Sollten frühkindliche Erlebnisse für die Persönlichkeitsentwicklung Bedeutung haben, so kann hier ein möglicher Zusammenhang vermutet werden zwischen einer Kindheit ohne Verantwortungsbewußtsein und dem späteren, etwas oberflächlichen Sexualleben der Patientinnen mit Collum-Karzinom. Ähnliche Zusammenhänge könnten auch für andere Bereiche gelten. Diese Faktoren müßten dann nicht in einen direkten Kausalzusammenhang mit dem Karzinom gestellt werden, sondern wären lediglich psychologische Merkmale der jeweiligen "Karzinompersönlichkeit".

Auch bezüglich der eigenen Kinder wurde Information aus einem Teilbereich des persönlichen Wirkungsfeldes der Patientinnen erfaßt, welches sich als Folge der eigenen Persönlichkeit auffassen läßt.

In der Gruppe der Patientinnen mit Ovarial-Karzinom hatten 6 Frauen keine Kinder, was zunächst überraschte. Angeblich (Elliot 1964, Schmale & Iker, Le Shan 1956) sollen kinderlose Frauen das geringste Collum-Karzinom-Risiko haben; daß aber gleichzeitig die Ovarial-Karzinom-Morbidität steigt, ist nicht bekannt, wäre aber durchaus denkbar.

Andererseits ist aber der vorläufige Schluß, daß eigene Kinder zu haben vom Intensitätsgrad der Motivation und nicht von zufälligen Umweltsgegebenheiten abhängt, genauso berechtigt. Es würden sich somit zwischen den Karzinomgruppen unterschiedliche Motivationen ergeben, die wiederum Ausdruck unterschiedlicher Persönlichkeiten und Persönlichkeitsentwicklungen sein können. Diese Therorie scheint gerechtfertigt, da Kinderlosigkeit

als organische Ursache einer Krebserkrankung schwer vorstellbar ist.

Die Motivation, noch mehr oder überhaupt Kinder haben zu wollen gaben aber am ausgeprägtesten die Patientinnen der Gruppe mit Ovarial-Karzinom an. Bleiben allerdings die Patientinnen ohne oder mit einem Kind unberücksichtigt, bei denen am ehesten von weiterem Kinderwunsch ausgegangen werden kann, so kehrt sich das Bild um. Nicht die Gruppe der Patientinnen mit Ovarial-Karzinom, sondern die Patientinnen der Kontrollgruppe mit rund 3 Kindern im Durchschnitt, schien besonders motiviert weitere Kinder zu haben. Dies könnte als Bestätigung der oben angeführten Theorie betrachtet werden.

Wie schon erwähnt, kritisierte die Kontrollgruppe am enesten ihren eigenen Erziehungsstil. Auch dieser Befund paßt in den Rahmen des ausgeprägteren, kritschen Lewußtseins der Kontrollgruppe.Bezüglich der persönlichen Befriedigung im familiären und beruflichen Betätigungsfeld zeichnet sich dieselbe Tendenz ab.

Die Patientinnen der beiden Karzinomgruppen waren mit dem derzeitigen Familienstand und ihrem momentanen Tätigkeitsbereich im wesentlichen zufrieden. Die Patientinnen der Kontrollgruppe hingegen fanden sehr wohl Unterschiede zwischen früheren Vorstellungen und der Realität.

Im Hinblick auf die Zufriedenheit des Lebenspartners mit der momentanen Situation war der subjektive Eindruck der Patientinnen über alle Gruppen vergleichbar. Daraus erklärt sich möglicherweise die geringe Zahl der Patientinnen, die ihre momentane Lebenssituation grundlegend ändern wollten.

Zu den bei Karzinompatientinnen gefundenen Gefühlen wie Hoffnungslosigkeit (Baltruch), Selbstaufgabe

(Engel 1962), Booth (1969) und Ausweglosigkeit des eigenen Daseins (Le Shan und Schmale & Iker), steht die allgemein geäußerte Zufriedenheit zunächst im Widerspruch. Wird jedoch berücksichtigt, daß Karzinompatientinnen dazu neigen sollen, ihre emotionalen Bedürfnisse zu unterdrücken (Le Shan 1959, Cobb 1959, Butler 1959, Bacon 1959 und Blumberg 1954), so wird verständlich, daß eventuell vorhandene emotionale Bedürfnisse nach Änderung der Lebenssituation nicht verbalisiert werden. Wird zudem bedacht, daß Karzinompatientinnen bemüht sind, nach außen ein Bild von Freundlichkeit (Bacon 1952) und sozial gewünschtem und angepaßten Verhalten (Coppen & Metclaff, Hagnell) zu geben, so besteht die Möglichkeit, daß zwar in allen Gruppen ähnliche Ergebnisse gefunden wurden, die psychologischen Prozesse, die zu diesem erfaßten Verhalten geführt haben, jedoch gänzlich verschieden sein können. Da es nicht möglich war, durch direkte Befragung diesen gegebenenfalls wichtigen Aspekt der Karzinompersönlichkeit zu erfassen, bleibt offen, in wie weit durch indirekte, projektive Testmethoden solch ein Aspekt gefunden werden könnte.

Die Patientinnen mit Collum-Karzinom pflegten, wie bereits berichtet, in größerem Unfang sozialen, auß erfamiliären Kontakt. Dies eröffnet einige Interpretationsmöglichkeiten:

Zum einen kann angenommen werden, daß sozialer Kontakt und soziale Aktivität ein bedeutsames Kriterium für die Persönlichkeitsdimension Extraversion darstellen. Unterschiedliche Extraversionswerte zwischen den Gruppen ergaben sich mit dem hier angewandten Test nicht, die Kritik am Meßinstrument wurde bereits geübt. Andererseits fanden Untersucher im anglo-amerikanischen Sprachraum erhöhte Extraversionswerte bei Patientinnen mit Karzinomen (Coppen & Metclaff, Kissen 1969). Hag-

nell (1966) fand eine höhere Karzinomgefährdung bei Frauen mit dem Persönlichkeitsfaktor Substabilität, der seiner Ansicht nach viel mit dem Faktor Extraversion gemein hat. Im Gegensatz zum Test sprachen die Ergebnisse der Interviews für die Befunde der Literatur.

Wenig soziale, außerfamiliäre Kontakte, bzw. Kontaktarmut fanden sich sowohl in der Gruppe der Patientinnen mit Ovarial-Karzinom, als auch in der Kontrollgruppe; dies läßt weitere Schlüsse zu:

Zum einen könnte das Ausmaß der sozialen Aktivität die unterschiedliche Organlokalisation des Karzinoms bedingen, zum anderen könnte dieser Faktor bei den Patientinnen mit Collum-Karzinom eine wichtige Bedingung für die Sexualanamnese darstellen. Sexuelle Aktivität könnte somit in dieser Gruppe wieder auf eine bestimmte Persönlichkeitsstruktur zurückgeführt werden.

Die Frage nach subjektiven Erkrankungsursachen, ähnlichen Erkrankungen im Bekanntenkreis, sowie deren Verlauf erfolgte in der Absicht zu erfahren, in wie weit von den Patientinnen Kausalitätsbetrachtungen sowie Identifikationen vorgenommen wurden. Absichtlich wurde eine freie Befragung gewählt, um allen möglichen Antworten Raum zu geben.

Die Gruppe der Patientinnen mit Ovarial-Karzinom identifizierten sich am häufigsten mit Personen, deren Erkrankung schlecht verlaufen war. Dieser Pessimismus kann aus den bereits zitierten Gefühlen wie Sinnlosigkeit, Hoffnungslosigkeit etc. resultieren.

Die Patientinnen der Gruppe mit Collum-Karzinom zeigten weniger Pessimismus und unterscheiden sich somit von der anderen Karzinomgruppe.

Welchen der Faktoren Realitätsbezogenheit oder Nichtrealitätsbezogenheit, Pessimismus oder Optimismus, Hoffnung oder Hoffnungslosigkeit die entscheidenten Rollen zukommen, wurde nicht erfaßt; falls sie jedoch für das unterschiedliche Ergebnis der Karzinom-Gruppen verantwortlich sind, müßte ihnen bei unterschiedlicher Karzinomlokalistion unterschiedliche Bedeutung zukommen. Möglicherweise ein weiterer Hinweis darauf, daß unterschiedliche Karzinomlokalisation auf ein unterschiedliches, psychisches Korrelat schließen läßt.

Daß die Erkrankungsursache in allen drei Gruppen teilweise mit seelischen Belastungen erklärt wurde, weist darauf hin, daß die Patientinnen unbewußt psychosomatisches Geschehen in Betracht zogen. Am wenigsten allerdings von der Gruppe mit Ovarial-Karzinom, am häufigsten in der Gruppe mit Collum-Karzinom, was diese beiden Gruppen wiederum unterscheidet.

Zusammengefaßt ergaben sich doch Hinweise zur Bestätigung der Arbeitshypothese. Allerdings sollte nicht von einer "Karzinompersönlichkeit" schlechthin gesprochen werden, da Patientinnen einer Karzinomgruppe untereinander ähnliche Erlebnisse im psycho-sozialen Feld hatten, die sich aber sowohl qualitativ als auch quantitativ von der anderen Karzinomgruppe abgrenzen.Unterschiedliche Karzinom-Organmanifestationen sind also möglicherweise mit unterschiedlichen Persönlichkeitsmerkmalen verbunden.

6. 5. Hypothese 5

Daß Patientinnen mit Collum-Karzinom in der Anamnese gehäuft venerische Erkrankungen aufweisen, konnte nicht bestätigt werden. Dasselbe gilt für die Patien-

tinnen mit Ovarial-Karzinom, wogegen eine Patientin aus der Kontrollgruppe 15 Jahre vor der Befragung an einer Lues erkrankt war, was sicher als Zufallsbefund gewertet werden kann. Trotzdem sei auf die in der Literatur mitgeteilten Befunde näher eingegangen. In den eingangs angeführten Arbeiten von Kent (1972), Lombard (1950), Belote (1931), Harding (1952), Elliot (1964) und Wynder (1954) wird erwähnt, daß sich venerische Erkrankungen gehäuft bei Patientinnen mit Collum-Karzinom finden. Bei Prostituierten, die bezüglich venerischer Erkrankungen ein besonders hohes Risiko haben, wurde deshalb auch eine überproportionale Häufung von Collum-Karzinomen festgestellt (Røyel 1953, Pereyra 1961). Hier gliedert sich auch die Beobachtung von Beral (1974) ein, wonach die Erkrankungshäufigkeit an Gonorrhoe und die Mortalitäts-Rate an Collum-Karzinom sich altersgruppenspezifisch gleichen. Dabei ging Beral von der Annahme aus, daß das Risiko einer Frauengruppe, eine sexuell übertragene Infektion im Laufe ihres Lebens zu erwerben, etwa gleich dem Erkrankungsrisiko an Gonorrhoe mit ca. 20 Jahren ist.

Obwohl die vorliegenden Ergebnisse den Befunden der Literatur widersprechen, sind sie doch nicht geeignet, diese zu entkräften.

Der Zusammenhang zwischen venerischen Erkrankungen und Collum-Karzinom wird und wurde in einem übergeordneten Rahmen gesehen, wonach, allgemein gesprochen, eine venerische Erkrankung, statistisch gesehen, sexuelle Aktivität eher über der Norm liegend, vorrausetzt.

Eine venerische Erkrankung läßt sich somit als ein Teilaspekt aus dem Begriff sexuelle Aktivität ausgliedern.

Auch andere Aspekte, die zumindest teilweise Folge sexueller Aktivität mit mehreren Partnern sind, können in diesem Zusammenhang gesehen werden:

- Unbekanntheit des Collum-Karzinoms bei Nonnen (Gagnon 1950).
- Gehäuftes Auftreten des Collum-Karzinoms bei ledigen, verwitweten und geschiednen Frauen (Lombard & Potter 1950, Schmale & Iker 1966, Logan 1953, Wheeler & Caldwell 1955).
- gehäuftes Auftreten bei Promiskuität (Tarlau & Smalheiser 1951).
- gehäuftes Auftreten bei vorehelichem Geschlechtsverkehr (Tarlau & Smalheiser 1951).

Das Collum-Karzinom konnte somit in Zusammenhang gebracht werden mit sexueller Aktivität bzw. Hyperaktivität mit mehreren Sexualpartnern. Die psychosomatische Karzinomforschung berichtet von weiteren Befunden, welche in kausalem Zusammenhang mit der Karzinomgenese gebracht wurden. Diese Befunde können in 2 Gebiete aufgegliedert werden.

1. somatische Befunde
2. psychische Befunde

zu 1.) Abgeleitet aus der Reiz-/Reaktionstheorie als Auslösemoment karzinogenen Geschehens wurden Theorien aufgestellt, die dem exogenen Reiz kausale Bedeutung zumessen.

A. Erhöhtes Risiko:

a) - venerische Erkrankungen
b) - Smegma Theorie
c) - mangelnde häusliche Hygiene
c) - Vulnerabilität/Irritabilität des jugendlichen Collumepithels
e) - Cervicitis

f) - mangelnde gynäkologische Betreuung während der Geburten und damit Möglichkeit der chronischen, unbehandelten Cervixlaceration.
g) - Vaginalhygiene

B. Vermindertes Risiko:
a) - nach Circumcision des dauernden Geschlechts-
b) partners
c) - nach Circumcision des ersten Geschlechtspartners
d) - fehlender Sexualverkehr
e) - Nulliparität
f) - Kohabitationsverbote des jüdischen Glaubens während bestimmter, cyklusabhängiger Tage, sowie während der Gravidität.
g) - Antikonzeptiva

Erklärung zu 1.)

a) Siehe Seite 101
b)-c)-g) Die Zusammenfassung der Punkte erfolgte deshalb, weil in ihnen die Smegma-Theorie in irgendeiner Form wieder auftaucht.

- Wynder fand (1955), daß Frauen, die nicht mit Smegma in Berührung kommen,ein verringertes Collum-Karzinom-Risiko aufweisen; sei es durch die radikale (mosaische) Circumcision oder durch Penishygiene des Partners. Im Tierexperiment konnte Plaut & Kohn (1947) die karzinogene Potenz von tierischem Smegma nachwei - sen.

- Da das Collum-Karzinom-Risiko in niederen, sozio-ökonomischen Schichten größer sein soll, wurde dies zum Teil durch die dort angeblich anzutreffende, mangelnde Hygiene, insbesondere der männlichen Penishygiene erklärt. Elliot (1964) fand ein 13-fach höheres Karzinom-Risiko bei den Frauen von Bauarbeitern und Maurern im Vergleich zu den Frauen von Geistlichen, Ärzten und Juristen. Auch Beral, Lombard

& Potter und Paloucek, Frank & Graham wiesen auf den Zusammenhang von niedrigem, sozio-ökonomischem Status, mangelnder Hygiene und späterem Collum-Karzinom hin.

- Stern & Dixon (1961) beobachteten, daß bei Anwendung einer kontraceptiven Collumschutzkappe das Risiko, an einem invasiven Collum-Karzinom zu erkranken um 75 % abnimmt, wobei der Kontakt des Collumepithels mit dem Smegma ausgeschlossen ist.

d) Die Beobachtung, daß spätere Patientinnen mit Collum-Karzinom bereits in jugendlichem Alter ihren ersten Intimverkehr hatten, wurde durch zahlreiche Untersuchungen bestätigt (Elliot 1964, Lombard & Potter 1950, Stern und Dixon 1961, Wynder 1954). Das Risiko an einem Collum-Karzinom zu erkranken soll sich verdoppeln, wenn der erste Intimkontakt vor dem 20. Lebensjahr stattgefunden hat. Als mögliche Ursache wurde eine erhöhte Vulnerabilität des Collumepithels bei jungen Mädchen in Betracht gezogen.

e) Gagnon (1950) wies auf die carcinogene Bedeutung der chronischen Cervicitis hin.

f) Eine weithin akzeptierte Theorie der Genese des Collum-Karzinoms bezieht sich auf unsachgemäß behandelte Verletzungen, welche sich die Patientinnen während vorangegangener Geburten zugezogen haben (Lombard & Potter 1950, Wynder 1954). Rent (1972) fand, daß 60 Prozent der Patientinnen mit späterem Collum-Karzinom außerhalb medizinischer Anstalten geboren hatten, wogegen dies für nur 30 Prozent seiner karzinomfreien Kontrollgruppe zutraf. Er folgerte daraus ein erhöhtes Collum-Karzinom-Risiko bei mangelnder medizinischer Betreuung während der Geburt.

g) Ein erhöhtes Collum-Karzinom-Risiko wurde für solche Patientinnen gefunden, die regelmäßige Vaginal-Duschen mit Steinkohleteer derivaten vorgenommen haben (Lombard & Potter).

Erklärung zu 2.)

a) - b) Daß bei durchgeführter Circumcision das Collum-Karzinom-Risiko der Geschlechtspartnerin abnimmt, zeigt sich in den Studien von Wynder (1954), Khanolkar (1958), Dunn & Buell (1959). Dies scheint besonders dann von Bedeutung zu sein, wenn die Patientin ihre ersten Sexualkontakte vor dem 20. Lebensjahr aufgenommen hatte (Rent 1972).

c) Gagnon (1950) sowie Towne (1955) zeigten, daß Nonnen, bei denen davon ausgegangen werden kann, daß sie keinen Geschlechtsverkehr haben, praktisch nie an einem Collum-Karzinom erkrankten.

d) Steigende Kinderzahl soll das Collum-Karzinom-Risiko erhöhen. Das geringste Risiko hätten demnach Nullipara (Logan 1953, Elliot 1964).

e) Das geringe Collum-Karzinom-Risiko von Jüdinnen wird, abgesehen von der beim Geschlechtspartner durchgeführten Circumcision, auch durch bestimmte, zyklusabhängige Kohabitationsverbote der mosaischen Regeln, erklärt (Kennaway 1948, Dorn 1955).

f) Mechanische Antikonzeptiva wie Collumschutzkappe, Gelees und schäumende Mittel sollen das Karzinom-Risiko verringern (Stern & Dixon 1961).

All diese somatischen Befunde, die sich auf das gereizte bzw. nicht gereizte Organ beziehen, können als Teilaspekte einen frühzeitig bzw. spät einsetzenden sexuellen Aktivität mit mehreren Partnern bzw. nur einem Partner gesehen werden.

- Überleitung und Verbindung 1 und 2

Neuere Arbeiten von Beral (1974) zufolge, geht die Collum-Karzinom-Mortalitätsrate mit der Gonorhoe-Mortalitätsrate und damit mit der Zahl sexuell übertragener Krankheiten einher. Nahmias & Josey (1975) fanden eine 5 - 6 - fach höhere Zahl an Atypien, Karzinomen in Situ sowie Collum-Karzinomen bei Frauen mit serologisch nachgewiesener Herpes-II-Virusinfektion (s. auch Martin 1967).

Äußere Reize können aber nur dann Bedeutung erlangen, wenn die psychischen Vorraussetzungen gegeben sind; nämlich daß die späteren Patientinnen mit Collum-Karzinom relativ früh Intimkontakte aufgenommen haben, dazu mit mehreren Männern. Dabei spielt die männliche Penishygiene eine zusätzliche Rolle.

Da aber die erwähnten Befunde bei den späteren Patientinnen mit Karzinomen eine Psyche erfordern, welche die frühzeitige sexuelle Aktivität mit mehreren Partnern ermöglicht oder zur Folge hat, sollten die Karzinompatientinnen eigentlich eine Psyche aufweisen, welche sie von der anderer Patientinnen unterscheidet. Da psychologische Auffälligkeiten sowohl bei den Patientinnen mit Collum-Karzinom teilweise guter Übereinstimmung mit der Literatur gefunden wurden, als auch für die Patientinnen mit Ovarial-Karzinom, ergaben sich abschließend folgende Fragestellungen:

1. Hat eine bestimmte psychische Konstellation, welche weiter einzugrenzen ist, bei Karzinompatientinnen eine verstärkte somatische Exposition zur Folge ?

2. Falls sich Karzinompatienten eines Karzinoms bestimmter Lokalisation von Karzinompatienten eines Karzinoms anderer Lokalisation, bei welchem nicht ohne weiteres auf eine verstärkte exogene Reizexpostion geschlossen werden kann, psychologisch unterscheiden lassen, sind

dann nicht somatische Befunde, die durch diese psychische Konstellation bedingt sind, als zwangsläufige Nebenbefunde aufzufassen ?

8. Zusammenfassung

Zur Überprüfung von fünf aus der Literatur abgeleiteten Arbeitshypothesen wurden an der Universitätsfrauenklinik Tübingen zwei Gruppen mit Karzinompatientinnen und eine Kontrollgruppe mit verschiedenen psychologischen Tests untersucht und miteinander verglichen. Die Gruppen setzen sich folgendermaßen zusammen: 20 Patientinnen mit Collum-Karzinom, 20 Patientinnen mit Ovarial-Karzinom und 20 Patientinnen aus dem gynäkologisch operativen Krankengut als Kontrollgruppe.

Die Arbeitshypothesen (1 - 4) befassen sich mit Auffälligkeiten in der Persönlichkeit von Karzinompatientinnen, Arbeitshypothese 5 mit Vorerkrankungen späterer Karzinompatientinnen. Statistisch konnte kein Unterschied zwischen Karzinompatientinnen und Patientinnen mit gutartigen gynäkologischen Erkrankungen bei einem Signifikanzniveau a = 0,5 gesichert werden. Es wurde zum einen deshalb eine Methodenkritik geübt und begründet.

Zum anderen wurden die Ergebnisse der psychologischen Befunderhebung deskriptiv ausgewertet. Hierdurch konnten sowohl Auffälligkeiten in der Persönlichkeit von Karzinompatientinnen als auch in derer sozialem Umfeld aufgefunden werden, welche sie von Patientinnen aus der Kontrollgruppe unterscheiden.

Diese Auffälligkeiten in der Persönlichkeit bei Patientinnen mit Genitalkarzinom wurden, zusammen mit den Vorerkrankungen, mit den in der Literatur dargelegten Befunden verglichen.

Besonders ausführlich wurde auf die Diskussion somatischer Risikofaktoren eingegangen, die das Erkrankungsrisiko an einem Karzinom, nach den Mitteilungen in der Literatur erhöhen sollen.

Wie dargelegt wurde, ist es durchaus möglich, sogenannte somatische Risikofaktoren als Nebenbefunde oder Begleiterscheinung einer bestimmten Persönlichkeit oder Persönlichkeitsentwicklung aufzufassen. Es wäre somit eine wechselseitige Bedingung zwischen Persönlichkeit und somatischer Reizexposition gegeben, wodurch die Karzinogenese nicht mehr rein im somatischen Bereich gesucht werden kann. Unterstützt wird diese Betrachtungsweise durch den Vergleich der beiden Patientinnengruppen mit Karzinomen unterschiedlicher Organlokalisation, da eine vermehrte externe Reizexposition bei Patientinnen mit Ovarial-Karzinom nicht gegeben ist. Vielmehr scheint die Betrachtung somatischer Risikofaktoren als Nebenbefunde einer Persönlichkeit umso gerechtfertigter, als psychologische Auffälligkeiten bei Patientinnen mit Ovarial-Karzinom sehr wohl beobachtet worden sind.

Diese psychosomatische Betrachtungsweise einer möglichen Karzinogenese wurde in 2 weiterführenden Fragestellungen formuliert.

9. Anhang

I

Liste der Fragen, an hand derer das klinische Interview durchgeführt wurde:

1. Eigene Kindheit

1) Das wievielte Kind ihrer Eltern waren sie?
2) Welcher Zeitraum lag zwischen ihrer Geburt und der Geburt des nächst jüngeren Kindes ihrer Eltern?
3) Mußten sie von ihren Eltern aus a) viel b) wenig c) gar nicht für ihre Geschwister bei der Erziehung "Mitverantwortung" tragen ?
4) wie alt waren sie zu diesem Zeitpunkt ?
5) Haben sie das als sehr belastend empfunden ?
6) Wurde eines ihrer Geschwister von den Eltern besser behandelt ?
7) Hatten sie jemand, dem sie sehr nahe standen und von dem sie sich in ihrer Kindheit trennen mußten, sei es durch Tod, Heirat, Scheidung usw. ?
8) Haben ihre Eltern große Anforderungen an sie gestellt hinsichtlich a) Leistung, b) Moral, c) Ordentlichkeit, d) sonstiges ?
9) War dies bei einem ihrer Geschwister weniger der Fall ?
10) Haben sie unter diesen Anforderungen in irgend einer Form gelitten ?
11) Wie freimütig war man in ihrer Familie sexuellen Fragen gegenüber ?
12) Denken sie in letzter Zeit häufig an ihre Kindheit und ihre Eltern zurück ?

Wie dargelegt wurde, ist es durchaus möglich, sogenannte somatische Risikofaktoren als Nebenbefunde oder Begleiterscheinung einer bestimmten Persönlichkeit oder Persönlichkeitsentwicklung aufzufassen. Es wäre somit eine wechselseitige Bedingung zwischen Persönlichkeit und somatischer Reizexposition gegeben, wodurch die Karzinogenese nicht mehr rein im somatischen Bereich gesucht werden kann. Unterstützt wird diese Betrachtungsweise durch den Vergleich der beiden Patientinnengruppen mit Karzinomen unterschiedlicher Organlokalisation, da eine vermehrte externe Reizexposition bei Patientinnen mit Ovarial-Karzinom nicht gegeben ist. Vielmehr scheint die Betrachtung somatischer Risikofaktoren als Nebenbefunde einer Persönlichkeit umso gerechtfertigter, als psychologische Auffälligkeiten bei Patientinnen mit Ovarial-Karzinom sehr wohl beobachtet worden sind.

Diese psychosomatische Betrachtungsweise einer möglichen Karzinogenese wurde in 2 weiterführenden Fragestellungen formuliert.

2. Eigene Kinder

1) Hätten sie mehr Kinder gewollt ?
2) Nach welchen Richtlinien haben sie ihre Kinder erzogen ?
3) Haben sie in der Erziehung ihrer Kinder das erreicht, was sie sich früher, bzw. vor ihrer Ehe vorgestellt haben ?
4) Glauben sie, daß sie genügend Einfluß auf die Erziehung ihrer Kinder hatten ?
5) Haben sie bisher genügend Zeit für ihre Kinder aufbringen können ?

3. Familienleben

1) Gehen sie in ihrer Familie auf oder füllt sie das nicht so ganz aus ?
2) Haben sie sich auch als junges Mädchen ihr Familienleben so vorgestellt, wie es heute aussieht ?
3) Gibt es Dinge in ihrem Familienleben, denen sie besonders viel Aufmerksamkeit geschenkt haben ?
4) Haben sie das Gefühl, daß sie sich ihrer Familie genügend gewidmet haben, oder wurden sie etwa durch Krankheit, seelische Schwierigkeiten oder andere Interessen davon abgehalten ?
5) Sind sie mit dem Beruf ihres Mannes zufrieden ?
6) Sind sie mit ihrem eigenen Beruf (als Hausfrau) zufrieden oder hätten sie sich gerne eine andere berufliche Tätigkeit gewünscht ?
7) Interessiert sich ihr Mann mehr für den Beruf oder seine Familie ?
8) Wird ihr Mann durch den Beruf so beansprucht, daß er nicht mehr genügend Zeit für das Familienleben findet ?

9) Gibt es einige ganz bestimmte Dinge in ihrem Familienleben, die sie sich gewünscht haben, die sich aber nicht erfüllten ?
10) Werden sie, wenn sie entlassen sind, in ihrem Familienleben grundsätzlich etwas ändern wollen?

4. Zukunftserwartung

1) Haben sie für die Zeit nach ihrer Entlassung Pläne gefaßt ?
2) Welcher Art sind diese Pläne ?
3) Was meinen sie, könnte sie bei der Ausführung ihrer Pläne am meisten hindern ?

5. Bekanntenkreis

1) Legen sie auf einen außerfamiliären Bekanntenkreis Wert ?
2) Haben sie jemand in ihrem Bekanntenkreis, für den sie freundschaftliche Gefühle haben ?
3) Glauben sie, daß dies bei dieser Person ebenso der Fall ist oder sind sie sich dessen nicht so sicher?

6. Mögliche Erkrankungsursache

1) Haben sie irgend jemand, in ihrem Bekanntenkreis, der eine ähnliche Erkrankung hat wie sie ?
2) Wie ist diese Erkrankung verlaufen ?
3) Denken sie zur Zeit öfter an diesen Fall und sind sie dadurch beunruhigt ?
4) Gibt es etwas, daß ihnen so geschadet bzw. sie so geschwächt hat, daß es vielleicht als Ursache ihrer jetzigen Erkankung in Frage kommen könnte ?

5) Was kommt als Ursache ihrer jetzigen Erkrankung nach ihrer Meinung wohl am ehesten in Frage ?

7. Voreheliche und eheliche Sexualität

1) Wie hat nach ihrer Meinung ihr Ehemann reagiert, als er erfuhr, daß sie ins Krankenhaus müssen?
2) Fürchten sie, daß sich in ihrem Eheleben nach ihrer Entlassung irgend etwas ändern wird oder meinen sie, daß alles so weitergeht wie bisher ?
3) Glauben sie, daß ihr Mann seine Einstellung ihnen gegenüber in irgend einer Weise geändert hat oder meinen sie, daß alles so weitergeht wie bisher ?
4) Wie alt waren sie, als sie das erste Mal intime Beziehungen aufnahmen ?
5) War dies mit ihrem Ehemann oder meit einem anderen Mann ?
6) Wie lange hat diese erste Beziehung gedauert ?
7) Wie denken sie heute über ihre ersten, intimen Beziehungen ?

II

Modifizierte Form des semantischen Differentials, vorgegeben wurden die Begriffe:

1. Mein mir ähnlichstes Kind
2. Mein Mann
3. Meine Familie
4. Meine Zukunft

	3 2 1 0 1 2 3	
stark		schwach
streng		mild
aktiv		passiv
reizbar		ruhig
warm		kalt
männlich		weiblich
offen		verschlossen
hart		weich
zuversichtlich		skeptisch
fortschrittlich		rückständig
langsam		schnell
gut		schlecht
wild		sanft
unterwürfig		herrisch
zerfahren		geordnet
heiter		traurig
frisch		müde

10.Literaturverzeichnis

1. Alexander, F. in Psychosomatic Medicine, London 1952
2. Bacon, C. L., Rennecker, R. & Cutler, M., A psychosomatic survey of cancer of the breast in Psychosomat. Medicine, Vol 14 1952 453-460
3. Bahnson, C. B. Psychological Complimentary im Malignancies: Past work and Future Vistas in Ann. N. Y. Acad. Sci. 1969, 164, 319-330.
4. Baltruch, Hans Einige Psychosomatische Aspekte der Krebskrankheit unter der Berücksichtigung psychotherapeutischer Gesichtspunkte in Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychoanalyse, Vol 15 (1) 1969, 31-36.
5. Belote, G. H.: The association off cancer and syphilis as determined by positive serology. Am J. Syph. 15 372-375. 1931
6. Beral, V.: Cancer Off The Cervix: A Sexually-Transmitted Infektion? in Lancet, May 25 1974, 1037 - 1040.
7. Biéder, G., Choisel G. et M^{mme}Choisel-Hodicq, D.: Le cancer en milieu psychiatrique in Annales Médico-Psychologiques Vol 2 (5), Dec., 1970, 750 - 758.
8. Blumberg, E. M., West, P. M. & Ellis, F. W.: A possible relationship between psychological factors and human cancer. in Psychosom. Med. Vol 16 , 1954, 277-286.
9. Booth, G. General and organic-specific object relationships in cancer in Ann. N. Y. Acad. Sci. 164 1969, 568-577.
10. Butler, B.: The use of hypnosis in the care of the cancer patient. Cancer, 7 1954, 1 - 15.

11. Chessen, E.: The Sexual, Marital, and Family Relationship of the English Woman. Watford, Hertfordshire, 1956.
12. Clauß, G. und Ebner, H.,: Grundlagen der Statistik, Volkseigener Verlag Berlin, 1974.
13. Cobb, B.: A sozial-psychological study of the cancer patient. Unpublished Ph. D. thesis, The University of Texas, 1952.
14. Coppen, A.J. & Metclaff, M.: Cancer and Extraversion in Brit. Med. Journal July 6, 1963, 18 - 19.
15. Dorn, H. F. Publ. Health Rep., Washington 70 1955, 219
16. Dunn, J. E., Buell, P., Journal nat. Cancer Inst. 22, 1959, 749.
17. Elliot, R. I. K., On the prevention of Carzinoma of the Cervix in The Lancet February 1, 1964, 231-235.
18. Engel, G. L.,: Psychological Development in Health and Disease. Philadelphia, Saunders, 1962.
19. Ertel, S.: Die emotionale Natur des "semantischen" Raumes. in Psychologische Forschung 28, 1 - 32, 1964.
20. Evans, E.: A Psychological Study of Cancer. New York: Dodd Mead & Co. 1926.
21. Eysenck, H.J. Dimensions of Personality: Routledge, Kegan Paul. 1947.
22. Eysenck, H. J.: Criterion analysis-an application of the hypothetico- deductive method to factor analysis. Psychol. Rev. 57 1950, 38-53
23. Eysenck, H.J.: The scientific Study of Personality. Routledge, Kegan Paul. 1952
24. Eysenck, H. J.: The Structure of Human Personality. Londen, Methuen, 1953.

25. Eysenck, H. J.: Fragebogen als Meßmittel der Persönlichkeit. Z. exp. u. angew. Psychol, 4, 291-335, 1953.
26. Eysenck, H. J.: Das "Maudsley Personality Inventory" Hogreve Göttingen, 1959.
27. Eysenck, H. J.: Maudsley-Persönlichkeitsfragebogen Hogreve Göttingen. 1964.
28. Eysenck, H. J. und Rachmann, S.: Neurosen, Ursachen und Heilmethoden. VEB Deutscher Verlag der Wissenschaften Berlin 1968.
29. Gagnon, F.: Contribution to the Study of the Etiology and Prevention of Cancer of the Cervix of the Uterus. Am.J. Obstet. Gynec. 60, 1950 516-522.
30. Guilford, J. P.: Persönlichkeit Beltz, Weinheim, 1964.
31. Hagnell, O.: The premorbid Personality of Persons, who develop Cancer in a total Population investigated in 1947 and 1957. Annals of the N.Y. Acad. of Science, Vol. 125,3, 846-855, 1966.
32. Harding, G. W. in Cancer Research., 2, 1952.
33. Hathaway, S. R., and Mc Kinley, J. C. A multiphasic personality schedule (Minnesota). I. Construction of the Schedule. J. Psychol. 10, 1940, 73-84.
34. Hofstätter, P. R.: Gruppendynamik, Rowohlt, Hamburg, 1957.
35. Jones, E. G., Macdonald, I., Breslow, L. in Amer. J. Obstet. Gynec. 76, 1958.
36. Josey, E. und Nahmias, A.: New studies tighten link between herpesvirus, cervical cancer. JAMA Dec 15, 1975 Vol 234 N° 11.
37. Kassebaum, G. G., Couch, A. S., and Slater, P.E.: The factorial dimensions of the M.M.P.I.J. Consult. Psychol. 23, 1959.

38. Kennaway, E. L. Brit. J. Cancer, 2. 1947 of Carcinoma of the Uterus.
39. Khanolkar, V. R. in Cancer Vol III, London, 1958.
40. Kissen, D. M.: The present status of psychosomatic cancer research. Geriatrics, Vol 24 (1) 1969, 129-137.
41. Klopfer, B.: Psychological Variables in Human Cancer in J. Proj. Techn. 1957.
42. König, U.: Die psychologische Führung des Krebspatienten in der Praxis in Zeitschrift für Allgemeinmedizin, Heft 3, 1975.
43. Kübler-Ross, E.: Interviews mit Sterbenden. Kreuz-Verlag, Stuttgart, Berlin.1973.
44. Le Shan, L. & Reznikoff, M.: A psychological factor apparently associated with neoplastic disease. in J. abnorm. soc. Psychol. Vol 60 N° 3, 1960.
45. Le Shan, L. & Worthington, R. E.: Some Recurrent Life History Patterns Observed In Patients With Malignant Diseas. in J. of nerv. and ment. Disease Vol 124 1956 46-465.
46. Logan, W. P. D.,: Marriage and Childbearing in Relation to Cancer of Breast and Uterus in Lancet (2, Dec.) 1199-1202, 1953.
47. Lombard, H. L., and Potter, E. A.: Epidemiological Aspects of Cancer of the Cervix. in Cancer 3 (November) 1950 960-968.
48. Martin, C. E. in Am. J. publ. Hlth Vol 57, 1967.
49. Mitchell, J. V., and Pierce-Jones, J.: A factor analysis of Gough's California Psychological Inventory. J. consult. Psychol. 24, 1960, 453-456.
50. Mitscherlich, A. Krankheit als Konflikt.-II. Suhrkamp Verlag Frankfurt 1966.

51. Mittenecker, E.: Planung und statistische Auswertung von Experimenten. 5. Aufl. Deuticke, Wien 1964.
52. Morris, J. McL., Meigs, J. V. Surg. Gynec. Obstet. Vol 90 1950. Carcinoma of the Cervix: Stast. Ev. of -Cases and Res of Tre.
53. Nichols, D. H. Factor scales for the California Psychological Inventory. (and Schnell R. O.) J. consult. Psychol. Vol 27 1963.
54. Osgood, C. E., Suci, G. J. and Tannenbaum, P. H.: The Measurement of Meaning. Urbana 1957.
55. Paloucek, F. P. & Graham, J. P.: The Influence of Psychosozial factors on the prognosis in cancer of the cervix. in Annals of the N. Y. Acad. of Science. Vol 125 (3) 1966.
56. Pereyra, A. J. Ostet. and Gynec. Vol 17, 1961 Rel. of Sex Act to Cerv. Cancer. The carciog. Ac of Smegma.
57. Plaut, A. & Kohn-Speyer. A. C. in Science, Vol 105, 1947.
58. Kent, Cl. S., Kent, G. S. and Northcutt, T. J. jr.: Behavioral Factors Related to the Onset of Cervical Cancer. in J. of Health & Social Behavior Vol 13 (Dec), 1972.
59. Reznikoff, M.: Psychological Factors in Breast Cancer in Psychosomatic Medicine, Vol XVII, N°.2, 1955.
60. Røyel, J.: Interrelation Between Uterine Cancer and Syphilis. Acta Path. Mikrobiol. Scan. Supplement. 97 1953, 1-82
61. Schmale, S. H. and Iker, H. P.: The Affect of Hopelessness and the Development of Cancer. in Psychosom. Medicine. Vol XXVIII, N°. 5, 1966, 714-721.
62. Siegel, S. S.: Nonparametric Statistics of the Behavioral Sciences. New York, 1956.

63. Stern G. G. (1962) The Measurement of psychological charakteristics of students in learning environments. In: S. Messick and J. Ross. (Eds.) Measurement in personality and cognition. London: J. Wiley & Sons. 1962
64. Stern, E., and Dixon, W. J.: Cancer of the Cervix:A Biometric Approach to Etiology. Cancer 14, 1961, 153 - 160.
65. Stocks, P.: "Cancer of Uterine Cervix and Social Conditions. British J. of Cancer 9 (Dec) 1955 487 - 494.
66. Tarlau, M., and Smalheiser, I.: Personality Patterns in Patients with Malignant Tumors of the Breast and Cervix". in Psychosomatic Medicine 13, 1951, 117 - 121
67. Terris, M. and Oalmann, M.: Carcinoma of the Cervix: An Epidemiological Study. Journal of the American Medical Association 174, 1960 1847 - 1851
68. Towne, J. E.: Carcinoma of the Cervix in Nulliparous and Celibate Women. American J. of Obstetrics and Gynecology 69, 1955, 606-613
69. Weiner, I.,Burk, L. and Goldberg, M.: Carcinoma of the cervix in Jewish Women. American J. of Ostetrics and Gynecology 61, 1951, 418 - 422.
70. Wheeler, J. I., and Caldwell, B. M.: Psychological Evaluation of Women with Cancer of the Breast and of the Cervix. Psychosomatic Medicine 17, 1955, 256 - 268.
71. Wittkower, E.: A Psychiatrist Looks at Tuberculosis. Nat. Assoc. Prev. Tuberc. London, 1949.
72. Wynder, E. L., Cornfield, J., Shroff, P. D., and Doraiswami, K. R.: A Study of Environmental Factors in Carcinoma of the Cervix. American J. of Obstetrics and Gynecology 68, 1954, 1016-1052.

Inhaltsverzeichnis

		Seite
1.	Einleitung	
1. 1.	Allgemeines	1
1. 2.	Somatische Risikofaktoren	2
1. 3.	Psychische Risikofaktoren	3
1. 3. 1.	Auffälligkeiten in der psychosozialen Anamnese	3
1. 3. 2.	Persönlichkeitsfaktoren bei Krankheitsausbruch	7
2.	Hypothesen	15
2. 1.	Das aktuelle durch Fragebögen erfaßbare Persönlichkeitsbild unterscheidet Karzinomkranke von nicht Karzinomkranken.	15
2. 2.	Seelische Bindungen zu wichtigen Beziehungspersonen oder Gruppen unterscheiden Karzinomkranke von nicht Karzinomkranken	15
2. 3.	Die Zukunftserwartungen der Karzinompatienten unterscheiden sich von denen, der nicht an einem Karzinom Erkrankten.	15
2. 4.	Karzinomkranke hatten in ihrem Leben überzufällig häufig gleiche oder ähnliche Erlebnisse im psychosozialen Bereich, die sie von nicht Karzinomkranken unterscheiden.	15
2. 5.	Venerische Vorerkrankungen erhöhen das Karzinomrisiko.	15
3.	Material	16
3. 1.	Auswahl	16
3. 2.	Begründung	16
4.	Methoden:	19
4. 1.	Auswahl	19
4. 1. 1.	MMQ und MPI	19
4. 1. 2.	Semantisches Differential	19
4. 1. 3.	Klinisches Interview	19
4. 1. 4.	Personalbogen	19
4. 2.	Begründung der Auswahl der Meßinstrumente	20

Seite

4. 2. 1. MMQ 20
4. 2. 2. MPI 20
4. 2. 3. Das Semantische Differential 21
4. 2. 4. Klinisches Interview 22
4. 2. 5. Befund des behandelnden Arztes 23
5. Ergebnisse 24
5. 1. MMQ und MPI 24
5. 2. Semantisches Differential 28
5. 2. 1. Statistische Prüfung 28
5. 2. 2. Deskriptive Auswertung 28
5. 2. 2. 1. Mittelwertsvergleich 29
A) Die Bedeutung eines Begriffes für die Gruppe herauszuarbeiten. 29
B) Herauszufinden, ob innerhalb einer Gruppe bestimmte Adjektive generell bevorzugt werden. 29
5. 2. 2. 2. Pearsonscher Korrelationskoeffizient 29
5. 2. 3. Ergebnisse der deskriptiven Auswertung 30
5. 2. 3. 1. Mittelwertsvergleich an Hand der Extremwerte 30
A) Für 1 Begriff 30
- mein mir ähnlichstes Kind 30
- meine Familie 30
- mein Mann 31
- meine Zukunft 31
B) Für alle Begriffe 32
- Liste der Extremwerte, geordnet nach Adjektiven und Gruppen 32
- Liste der Adjektive, bei denen über alle Begriffe hinweg nur eine Gruppe Extremwerte aufwies. 33
C) Zusammenfassung 33
- geordnet nach Adjektiven 34
- alle Extremwerte und alle Begriffe 34
- Erläuterung 35
D) Schaubild 36

Seite

5. 2. 3. 2. Ergebnisse des Pearsonschen Korrelationskoeffizienten 40
A) Für alle Begriffe
Liste - graphische Darstellung 40/41 -45
B) Zusammenfassung
Unterteilt nach Abschnitten 46 - 48
5. 2. 4. Interpretation der Ergebnisse der deskriptiven Auswertung des semantischen Differentials 49
A) Besprechung der einzelnen Begriffe an hand der extremen, zum Teil gegensätzlichen Mittelwerte und der Pearsonschen Korrelationskoeffizienten. 49 - 57
5. 3. Klinisches Interview 58
5. 3. 1. Eigene Kindheit 58
5. 3. 1. 1. Stellung in der Geschwisterreihe 58
5. 3. 1. 2. Mitverantwortung bei der Erziehung der jüngeren Geschwister 60
5. 3. 1. 3. Erziehungsstil der Eltern 60
5. 3. 1. 4. Emotionaltraumatische Erlebnisse 61
5. 3. 1. 5. Sexualaufklärung 62
5. 3. 2. Eigene Kinder 64
5. 3. 2. 1. Zahl der Kinder 64
5. 3. 2. 2. Kinderwunsch 65
5. 3. 2. 3. Kindererziehung 66
5. 3. 2. 4. Erfolg 66
5. 3. 3. Familienleben 68
5. 3. 3. 1. Persönliche Befriedigung 68
5. 3. 3. 2. Bedeutung der Familie für den Ehemann 71
5. 3. 3. 3. Nicht realisierte Erwartungen bezüglich des Familienlebens. 72
5. 3. 3. 4. Durch Krankheit bedingte Änderungen des weiteren Familienlebens 72

		Seite
5. 3. 4.	Zukunftserwartungen	73
5. 3. 5.	Bekanntenkreis	75
5. 3. 6.	Erkrankungsursache	76
5. 3. 7.	Voreheliche und eheliche Sexualkontakte	79
6.	Diskussion	82
6. 1.	Hypothese 1	82
6. 2.	Hypothese 2	85
6. 3.	Hypothese 3	90
6. 4.	Hypothese 4	91
6. 5.	Hypothese 5	101
6. 6.	Schlußfolgerungen	102
7.	Neue Fragestellungen	103
7. 1.	Somatische Befunde	104
7. 2.	Psychische Befunde	106
8.	Zusammenfassung	108
9.	Anhang	11o
10.	Literaturverzeichnis	116

Lebenslauf

Am 10. 04. 1950 wurde ich, Claus Erhard Kittel, als Sohn des Amtsinspektors i.R. Hans Kittel und seiner Frau Clara geborene Weber, in Tübingen geboren.
Von 1956 bis 1960 besuchte ich die Grundschule in Tübingen. Anschließend trat ich in das Keplergymnasium in Tübingen ein. Dort legte ich am 12. 06. 1968 die Reifeprüfung ab.
Zum Wintersemester 1968 begann ich mein Medizinstudium in Heidelberg und wechselte zum Sommersemester 1969 an die Universität Tübingen. Dort legte ich 1969 die naturwissenschaftliche und 1971 die ärztliche Vorprüfung ab. Das klinische Studium beendete ich mit dem medizinischen Staatsexamen am 02. 08. 1974. In der Zeit von 1971 bis 1973 studierte ich zusätzlich Psychologie in Tübingen. Dieses Studium beendete ich nach der Vordiplomprüfung.
Meine Medizinalassistentenzeit leistete ich in Tübingen, Abteilung für Transfusionswesen, Bad Schussenried, Innere Abteilung und Hechingen, Chirurgie, ab.
Nach der Approbation als Arzt 1976 begann ich meine klinische Weiterbildung am Institut für Anaesthesiologie in Tübingen. 1977 schloß ich am Kreiskrankenhaus Biberach die chirurgische Weiterbildung ab. Von 1979 bis 1980 arbeitete ich an der Inneren Abteilung des Kreiskrankenhauses Biberach. Seit 1980 bin ich in der Inneren Abteilung des Städtischen Krankenhauses Bad Schussenried tätig.
Am 27. 10. 1978 heiratete ich meine Frau Gabriele geborene Entenmann.